



**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**

THAÍS MONTEIRO GÓES

**O CULTIVO DO BEM VIVER DAS PESSOAS IDOSAS E A TECNOLOGIA
CUIDATIVO-EDUCACIONAL DE ENFERMAGEM**

BELÉM-PA

2014

THAIS MONTEIRO GOES

**O CULTIVO DO BEM-VIVER DAS PESSOAS IDOSAS E A TECNOLOGIA
CUIDATIVO-EDUCACIONAL DE ENFERMAGEM**

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

2014

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)
Biblioteca do Instituto de Ciências da Saúde – UFPA

Goes, Thais Monteiro

O cultivo do bem viver das pessoas idosas e a tecnologia cuidativo-educacional de enfermagem / Thais Monteiro Goes; orientadora: Lúcia Hisako Takase Gonçalves, co-orientadora, Sandra Helena Isse Polaro. - Belém, 2014
133 f.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Pará, Instituto de Ciências da Saúde, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Belém, 2014.

1. Enfermagem. 2. Idoso. 3. Tecnologia educacional. 4. Autocuidado. I. Gonçalves, Lúcia Hisako Takase (Orient.). II. Polaro, Sandra Helena Isse (Co-

THAIS MONTEIRO GOES

**O CULTIVO DO BEM-VIVER DAS PESSOAS IDOSAS E A TECNOLOGIA
CUIDATIVO-EDUCACIONAL DE ENFERMAGEM**

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 2014, 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 Fátima Vieira de Oliveira
Coordenadora do Programa

Banca examinadora:

Dra. Lucia Hisako Takase Gonçalves
Presidente

Dra. Angela Maria Alvarez
Membro PEN/UFSC

Dra. Sandra Helena Isse Polaro
Membro FAENF/UFPa

**BELÉM-PA
2014**

AGRADECIMENTOS

Ao concluir este trabalho, não posso deixar de expor a satisfação de perceber como várias pessoas importantes estiveram ao meu lado, ao longo desta trajetória.

*Especialmente a **Deus**, que iluminou meu caminho, deu forças nos momentos de desalento; proporcionou-me esperança, quando os problemas pareciam insolúveis e que agora me enche de infinita graça ao terminar a caminhada.*

***Aos meus Pais**, exemplos de vida. O que sou hoje é reflexo de sua dedicação, esforço, educação e AMOR. Pilares da minha vida e elementos fundamentais à minha existência. Muito obrigada! Por todo apoio, carinho, dedicação e amor incondicional. Especialmente por serem as pessoas que são e sempre terem investido e acreditado no meu potencial, mesmo quando eu duvidava, lutando em todos os momentos pela minha vida e bem-estar, colaborando eternamente pela realização dos meus sonhos.*

*À **minha irmã Raphaela**, pesquisadora auxiliar, muito obrigada por sua ajuda e colaboração no decorrer da pesquisa e por sua companhia em todos os momentos desde a construção do projeto até a apresentação da dissertação.*

*À **minha querida orientadora Dr^a. Lúcia Hisako Takase Gonçalves**, pela sua dedicação, incentivo, apoio, sabedoria, carinho e principalmente pela confiança. Você foi mais que orientadora; obrigada por compartilhar seu saber comigo; tenha certeza de que levarei comigo seu exemplo de seriedade profissional, docente, generosidade, bom humor e paciência. A VOCÊ, MEU RESPEITO E ADMIRAÇÃO.*

***Ao meu namorado, Authieres**, grande companheiro, pelo carinho, apoio e incentivo em todos os momentos, e, acima de tudo, por compreender e aceitar pacientemente minha ausência nas várias e longas horas de estudo.*

*À **assistente social Eliene Trindade**, coordenadora do grupo Celebra idade, muito obrigada por me acolher tão bem no seu grupo; sua ajuda foi imprescindível*

para a condução da minha pesquisa. Admiro o trabalho que você realiza com os idosos do grupo.

***Aos idosos,** que contribuíram para que este trabalho fosse realizado. Sem a colaboração de cada um de vocês, ele não aconteceria. Meu carinho, minha admiração, meu respeito e meu muitíssimo obrigada por permitir que eu adentrasse sua vida e aprendesse a ser uma pessoa melhor; vocês contribuíram para eu concretizar meu sonho.*

*A **Érica Vale e Ana Rafaela,** alunas do PIBIC da UFPa, que me auxiliaram na primeira fase da pesquisa: meu muito obrigada!!!*

***Aos colegas do curso PPGENF,** às colegas de trabalho da FAMAZ e da Secretaria de Saúde de Ananindeua, obrigada pela amizade, pelo apoio e pelo conhecimento construído e compartilhado.*

***Aos membros da banca,** por aceitarem participar comigo desta caminhada, oferecendo sugestões e tecendo críticas para enriquecer o estudo.*

***À Universidade Federal do Pará – UFPa,** por viabilizar o curso de mestrado PPGENF e pelo apoio durante os semestres de sua realização.*

***Aos amigos,** que me incentivaram com apoio, compreensão e com palavras de carinho nos momentos de desânimo. Enfim, a todos que, direta ou indiretamente, contribuíram para que eu pudesse concluir mais esta etapa em minha vida. Muito obrigada!*

RESUMO

INTRODUÇÃO: No Brasil, o rápido envelhecimento da população vem causando importante modificação na sua pirâmide etária, constituindo o processo de transição demográfica. O envelhecimento das pessoas faz com que os profissionais de saúde cada vez mais devam ter saberes que lhes permitam intervir adequadamente nas necessidades da população idosa, baseando-se na promoção da saúde e na prevenção de agravos ao longo de todo o ciclo da vida e que atendam as necessidades específicas dessa população. Assim, o enfermeiro assume a figura do profissional em maior contato com o usuário do serviço de saúde, além de ser o principal responsável pelo desenvolvimento de estratégias de educação em saúde.

OBJETIVOS: Realizar avaliação diagnóstica de condições de vida e saúde no contexto de atenção dos usuários idosos da UMS do Guamá, assim como testar o desenvolvimento de uma tecnologia cuidativo-educacional para esses usuários idosos, com base nas necessidades detectadas naquela avaliação, tendo em vista o bem viver das pessoas idosas durante o envelhecimento.

METODOLOGIA: Este estudo configurou-se como pesquisa convergente-assistencial (PCA), que teve como referencial teórico o Autocuidado de Orem e a Tecnologia leve e leve-dura de trabalho em ato, de Merhy. Utilizamos a técnica do grupo de convergência, cujos encontros, em total de sete, perduraram por dois meses. A estratégia educacional de desenvolvimento da tecnologia cuidativo-educacional foi baseada no sistema de enfermagem de apoio-educação de OREM, aplicada em 13 idosos na faixa etária entre 60 e 79 anos, que participaram do estudo de avaliação de condições de vida e saúde. Os procedimentos de análise das informações e avaliação do desenvolvimento dessa tecnologia foram baseados no método da PCA considerando as bases teóricas do autocuidado e do envelhecimento ativo e saudável, com foco nos objetivos definidos, buscando avaliar e proporcionar o cultivo do envelhecer saudável.

RESULTADOS: mesmo tendo sido uma testagem inicial da tecnologia cuidativo-educacional proposta, foram observados resultados benéficos, sinalizando em seu percurso demonstrações de conformação de autocuidado como conduta de autocuidado cotidiano. O estudo revelou que a enfermeira pode ser facilitadora no desenvolvimento de competências ao autocuidado e estimuladora dos idosos, por meio do desenvolvimento da dita tecnologia, valendo-se de ações na horizontalidade das relações e no processo dialógico que facultaram direito a expressão, reflexão e conscientização.

CONSIDERAÇÕES FINAIS E IMPLICAÇÕES: dos resultados obtidos deduz-se que as estratégias educacionais utilizadas contribuíram na aprendizagem dos idosos, porque eles demonstraram alguns sinais de aquisição de competências e habilidades ao autocuidado para o cultivo do bem-viver.

Implicações práticas – os profissionais de saúde, incluindo enfermeiros da Estratégia Saúde da Família, não devem prescindir no cotidiano do serviço, de ações e práticas educacionais motivadoras e reflexivas.

Implicações para o ensino – reconhecer o processo de envelhecimento humano com outro e novo olhar: o idoso como protagonista do seu próprio envelhecimento.

Implicações para a pesquisa – recomendam-se replicações sucessivas da tecnologia em questão, para que no futuro possam auferir resultados mais consistentes que acrescentem maior significação e segurança na adoção de tecnologias cuidativo-educacionais para idosos em diferentes contextos e situações sempre visando ao envelhecimento ativo e saudável.

Palavras-chave: Idoso; tecnologia educacional; autocuidado; enfermagem.

ABSTRACT

INTRODUCTION: In Brazil, the fast growing of population has been doing important changing on its age pyramid, forming the demographic transitional process. The aging of people has performed more and more the search for knowledge by health professionals allowing them to properly place the needs of elderly population, based on health promotion and preventing deterioration during the entire life cycle which will attend the needs of such a specific population. Thus, the nurse takes over the role of the professional who is in contact with the user of health service, also the main responsible for developing health education strategies. **OBJECTIVES:** Perform life and health conditions diagnostic assessment to care for the elderly users of Guamá UMS, as well as test the development of an educational-caring technology for these elderly, based on the detected needs during assessment, focusing on the well living of the elderly during the aging process. **METHODOLOGY:** This study configured as an assistential-converging research (PCA), that had as a theoretical reference the Orem self-care and the soft and soft-hard working technology in act, by Merhy. We used the group convergent technique, which meetings, totaling 7, last for 2 months. The educational strategy of developing the educational-caring technology was based on nursing system of Orem support-education, applied to 13 elderly ages 60 to 79 years old, who participate on the study of health and life conditions assessments. The procedures of analyzing information and evaluating the development of this technology were based on the PCA method considering the theoretical base of self-care and the active and healthy aging process, aiming the pre-established objectives, to evaluate and provide the healthy aging process. **RESULTS:** Even though it has been an initial testing of the educational-caring technology proposed, beneficial results were observed, indicating demonstrations of resignation of self-care as a conduct of daily self-care. The study revealed that the nurse can be the facilitator on developing the competencies of self-care and motivator for the elderly, by developing such technology, using the horizontal actions of relationships and during the process of dialog which enabled the right of expression, reflection and awareness. **FINAL CONSIDERATIONS AND IMPLICATIONS:** from the obtained results, the conclusion is that the educational strategies used contributed on the elderly learning, because they showed some signs of skills and competencies acquirement on self-care to live well. **Practical implications** – the health professionals, including nurses from Family Health Strategy should not do without the work, the actions and educational motivating and reflexive practices daily. **Implications on teaching** - recognize the process of human aging with another and new look: the elderly as a role player of his own aging process. **Implications on research** – it is recommended continued replications of of such technology, so that in the future results more consistent can be obtained which can add a bigger meaning and safety when adopting educational-caring technologies for elderly in different context and situations always aiming on the active and healthy aging process.

Key-words: Elderly; educational technology; self-care; nursing.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 01- Sistemas básicos de Enfermagem.....39

FIGURA 02- Mapa da Região Metropolitana, com destaque para o Município de Belém.....54

LISTA DE TABELAS

TABELA 01- Número de idosos e % em 2000 e 2010 no Brasil, Região Norte, Pará e Belém.....	21
TABELA 02- Óbitos de idosos por faixa etária e principais morbidades no Estado do Pará, 2010, segundo DATASUS, 1996-2010.....	27
TABELA 03- Principais causas de internação hospitalar de idosos no SUS, Brasil, 2008.....	27
TABELA 04- Variáveis sociodemográficas e de condições de vida e saúde dos usuários idosos da UMS Guamá, Belém/Pará, 2012.....	67
TABELA 05- Avaliação da dinâmica de família pelo APGAR de família, segundo a óptica dos usuários idosos da UMS Guamá, Belém/Pará, 2012.....	75

LISTA DE SIGLAS

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA

TCEs – TECNOLOGIAS CUIDATIVO-EDUCACIONAIS EM SAÚDE

ESF – ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

HIPERDIA – HIPERTENSÃO ARTERIAL E DIABETES

SUS – SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE

UMS – UNIDADE MUNICIPAL DE SAÚDE

OPAS – ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE

AVD – ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA

DCNT – DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS

DATASUS – DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SUS

CID – CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE DOENÇAS

LOAS – LEI ORGÂNICA DA ASSISTÊNCIA SOCIAL

PNI – POLÍTICA NACIONAL DO IDOSO

MS – MINISTÉRIO DA SAÚDE

NOAS – NORMA OPERACIONAL DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

PNAB – POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA

PCA – PESQUISA CONVERGENTE ASSISTENCIAL

TCLE – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

APGAR – ADAPTATION, PARTNERSHIP, GROWTH, AFFECTION E RESOLVE

PPGENF – PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

UFPA – UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ

CNPQ – CONSELHO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO CIENTÍFICO E TECNOLÓGICO

ICS – INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

SABE – ESTUDO SAÚDE, BEM-ESTAR E ENVELHECIMENTO

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	14
1.1.OBJETIVOS.....	20
2.CONTEXTUALIZAÇÃO DEMOGRÁFICA E EPIDEMIOLÓGICA DA POPULAÇÃO IDOSA NA REGIÃO NORTE E AS POLÍTICAS E PROGRAMAS DE ATENÇÃO À SAÚDE DE PESSOAS IDOSAS.....	21
2.1. ATUAL DEMOGRAFIA BRASILEIRA: POPULAÇÃO IDOSA GERAL, DA REGIÃO NORTE, DO PARÁ E DE SUA CAPITAL.....	21
2.2. PERFIL DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA.....	25
2.3. POLÍTICAS E PROGRAMAS DE ATENÇÃO À SAÚDE DA POPULAÇÃO IDOSA.....	28
3. BASES TEÓRICAS E METODOLÓGICAS.....	34
3.1. TEORIA GERAL DO AUTOCUIDADO DE DOROTEA OREM.....	34
3.1.1. Breve histórico biográfico de Orem.....	34
3.1.2. Síntese da teoria geral do autocuidado de Orem.....	36
3.2. MARCO CONCEITUAL NORTEADOR DO ESTUDO.....	40
3.2.1. Pressuposto da Orem.....	42
3.2.2. Pressupostos pessoais.....	42
3.2.3. Inter-relação dos principais conceitos que orientam o estudo.....	42
3.3. TECNOLOGIA DE CUIDADOS LEVES E LEVE-DURA DE MERHY E SUA APLICAÇÃO NA ENFERMAGEM.....	49
4. TRAJETÓRIA METODOLÓGICA.....	53
4.1. CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO.....	53
4.2. CONTEXTO E LOCAL DO ESTUDO.....	54
4.3. PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	55
4.4. OPERACIONALIZAÇÃO DO ESTUDO.....	56
4.4.1. Procedimentos adotados para a organização e análise dos dados.....	63
4.5. CUIDADOS ÉTICOS EM PESQUISA COM SERES HUMANOS.....	65
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	67
5.1.CONDIÇÕES DE VIDA E SAÚDE E A DINÂMICA FAMILIAR.....	67
5.1.1. Condições de vida e saúde.....	67
5.1.2. Dinâmica familiar.....	73
5.2. DESENVOLVIMENTO DA TECNOLOGIA.....	75
5.2.1. Comportamento de cultivo de bem-envelhecer como conduta de autocuidado cotidiano.....	79
a) Autocuidado em desvio de saúde: enfrentamento para a cronicidade.....	80
b) Requisito de autocuidado desenvolvimental: o idoso como protagonista de seu próprio envelhecimento com qualidade.....	88

5.2.2. Avaliação do grupo de convergência.....	99
5.3. A ENFERMAGEM E O FORTALECIMENTO DE COMPETÊNCIAS PARA O AUTOCUIDADO DO IDOSO RUMO AO PROTAGONISMO DO PRÓPRIO ENVELHECIMENTO.....	101
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS E IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM.....	104
REFERÊNCIAS	107
APÊNDICES.....	120
ANEXOS.....	125

Capítulo 1

1. INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, o Brasil tem vivenciado intenso processo de transição demográfica, com as populações de características jovens passando para mais envelhecidas (MENDES *et al.* 2012). Esse fenômeno, inicialmente observado de forma lenta e progressiva em países desenvolvidos, passa a ocorrer com enorme velocidade em países em desenvolvimento (MORAES, 2008).

Os fatores que contribuíram para tal foram principalmente aqueles relacionados com melhoria da qualidade de vida, como alimentação, habitação, saneamento básico e educação, entre outros. Já nos países em desenvolvimento, como o Brasil, essa transição começou a ser observada a partir da década 60, quando começou a mudar o padrão reprodutivo da população, resultando em queda acentuada da taxa de natalidade, associada à diminuição da taxa de mortalidade e ao aumento da esperança de vida (KALACHE, 2008). A expectativa de vida do brasileiro atingiu 72,7 anos, e o país apresenta alto contingente de idosos – 20,6 milhões de pessoas – o que significa 12,3% da população brasileira com 60 anos ou mais, como mostram os dados dos dois últimos censos demográficos no país (2000 e 2010): o número de idosos em 2000 era de 14.536.029 e subiu para 20.590.599 em 2010 (IBGE, 2010).

O rápido crescimento desse segmento da população exige políticas de saúde para a população de maneira geral e especialmente para a idosa, que devem basear-se na promoção da saúde e prevenção de agravos ao longo de todo o ciclo da vida e que atendam as necessidades específicas dessa população. A atenção ao envelhecimento engloba o ser físico, mental, espiritual e particularmente a independência, seja financeira ou funcional (MORAES, 2008; RAMOS, 2002).

É nessa instância que se insere o enfermeiro, que assume a figura do profissional em maior contato com o usuário do serviço de saúde, além de ser o principal responsável pelo desenvolvimento de estratégias de educação em saúde para os idosos, como, por exemplo, a criação de grupos educativos, nas estratégias de promoção da saúde e prevenção de agravos inerentes à atenção primária à saúde (LIMA & TOCANTINS, 2009).

A estimulação grupal de participação de idosos em ações de educação em saúde, com reconhecimento de expectativas dos idosos, podem ensejar maior impacto de ações profissionais mais participativas considerando hábitos e valores inseridos no contexto de promoção da saúde e prevenção de agravos (LIMA & TOCANTINS, 2009).

Nesse contexto, as tecnologias cuidativo-educacionais em saúde (TCESs) são ferramentas importantes para o desempenho do trabalho educativo e do processo de cuidar (MERHY, 2002). Na área da saúde, a temática da tecnologia assume papel importante no cotidiano dos profissionais, pois além de máquinas e equipamentos, estão à disposição dos profissionais e usuários os mais diversos tipos de tecnologias em saúde, principalmente as leves e leves-duras (MERHY, 1997).

A TCES integra o grupo das tecnologias leves, denominada tecnologia de relações, como acolhimento, vínculo, autonomização, responsabilização e gestão como forma de governar processos de trabalho. A utilização dessas tecnologias contempla a existência de um objeto de trabalho dinâmico, em contínuo movimento, não mais estático, passivo ou reduzido a um corpo físico (MERHY, 2002).

A escolha pela temática tecnologia cuidativo-educacional em saúde, no âmbito da atenção primária à saúde voltada para a população idosa, deu-se durante as atividades que eu realizava como enfermeira na estratégia saúde da família, onde percebia que a vivência da educação em saúde por meio de grupos favorecia a participação dos idosos vivendo em âmbito familiar e comunitário, permitindo não somente receber a informação necessária, mas também de se sentirem seguros como membros do grupo, tanto os que apresentavam problemas, como aqueles que necessitavam de educação em saúde para entender o processo natural do envelhecimento humano.

Um exemplo: no programa Hiperdia (hipertensos e diabéticos) do Ministério da Saúde, dentro unidade Estratégia Saúde da Família (ESF), os usuários idosos ainda são atendidos apenas como mais um “paciente” desse programa, mesmo quando são idosos com doenças crônico-degenerativas e com dificuldade de aderir ao tratamento e de acessar os serviços de saúde, tendo, conseqüentemente, de conviver com as complicações e/ou sequelas dessas doenças, o que reflete sobre o viver da família, aumentando sua relação de dependência, requerendo que outra pessoa lhe dê apoio no desempenho das tarefas de autocuidado, sobretudo nas atividades da vida diária.

A maioria dos profissionais dessa equipe ainda atende o idoso vendo-o fragmentado e limitado em suas possibilidades, ou seja, atende somente a queixa que ele apresenta no dia da consulta ou permanece realizando somente atividades previstas no programa em que está inscrito, não contemplando uma atenção integral. A maioria dos idosos vai à consulta acompanhada de familiares cheios de dúvidas e indagações quanto ao comportamento do paciente idoso nessa fase da vida, e é nesse momento que eu, enfermeira, parte da equipe de saúde, muitas vezes perde a oportunidade de assumir para si o cuidado a esse tão tradicional e ao mesmo tempo tão novo, que é o binômio idoso/família. É um momento no qual poderíamos abordar as principais mudanças físicas consideradas normais e identificar, precocemente, as alterações patológicas, além de alertar a comunidade sobre os fatores de risco a que as pessoas idosas estão expostas, além de identificar formas de intervenção para eliminar ou minimizar as queixas desses pacientes, em parceria com comunidade, grupo de idosos e familiares.

Em recente publicação, Moraes (2012) expõe que os profissionais de saúde deveriam dar importância à **priorização do cuidado**, que consiste na decisão de quais intervenções devem ser aplicadas a curto, médio e longo prazo, tendo como parâmetro melhorar a independência e autonomia do paciente e de sua família; focar a intervenção gerontogeriatrica e melhorar a funcionalidade do indivíduo, não só a sobrevida.

A proposta de desenvolver uma tecnologia cuidadoso-educacional em saúde para usuários idosos partiu do interesse em proporcionar maior qualidade no atendimento da pessoa idosa. Uma das condições a serem superadas no tocante a essa população é assegurar acesso aos serviços com práticas

transformadoras, adotando tecnologias cuidativas para a vida e saúde, de modo a contemplar, nessa atenção, cuidados que se baseiem nas mudanças fisiológicas e patológicas do processo de envelhecimento em todas as dimensões: biológica, psicológica, espiritual, político-econômica e sociocultural, entre outras.

As mudanças inevitáveis no organismo humano tornam as pessoas na velhice mais vulneráveis às doenças, especialmente as crônicas, diminuindo a sua capacidade de reserva orgânica e de adaptação, comprometendo a sua capacidade funcional, aumentando a probabilidade de fragilização e a consequente diminuição ou perda da sua independência.

O envelhecimento das pessoas faz com que os profissionais de saúde cada vez mais devam ter saberes que lhes permitam intervir adequadamente para atender às necessidades da população idosa. Como a tendência é de esses profissionais cada vez mais cuidarem de idosos, é importante que se sensibilizem e se preparem para melhor desempenhar suas funções e contribuir na qualidade de vida desse grupo etário (SANTOS, 2002).

A parceria entre o enfermeiro (a), o idoso e a família deverá possibilitar sistematização das tarefas a serem realizadas no próprio domicílio, privilegiando-se aquelas relacionadas à prevenção de incapacidades e à manutenção da capacidade funcional da pessoa cuidada, evitando-se assim, na medida do possível, hospitalização, asilamento e outras formas de segregação e isolamento.

A seleção das ações preventivas/promocionais, curativas/promocionais e reabilitadoras também deve ser compartilhada com o paciente e seu cuidador/família. Nesse contexto o autocuidado apoiado deve ser uma estratégia de cuidado, pois pressupõe que o papel central do usuário no gerenciamento de sua própria saúde (autorresponsabilidade sanitária) e o uso das estratégias de apoio para a autoavaliação de seu estado de saúde, além de fixar metas a serem alcançadas e monitorar as intervenções propostas (MENDES, 2012; MORAES, 2012).

O autocuidado apoiado envolve algumas atividades inter-relacionadas, como prover informações sobre a prevenção e o manejo da condição clínica e ajudar as pessoas a tornarem-se proativas na prevenção e no gerenciamento da condição crônica; logo, a educação para esse autocuidado é realizada, em

geral, pelas equipes da Estratégia Saúde da Família ou por pares, com o objetivo de que as próprias pessoas conheçam suas condições crônicas de saúde para melhor gerenciá-las (MENDES, 2012).

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 vivendo em suas famílias, principalmente aquelas em comunidades periféricas de grandes cidades, em meio à pobreza, falta de segurança e violência urbana e intrafamiliar, onde não existe, por parte dos moradores, plena consciência dos seus direitos de cidadania (OMS, 2002; MEIRA *et al.* 2004; MINAYO, 2005; POLARO, 2011).

A promoção e manutenção de um envelhecimento ativo e saudável deverão ter a contribuição dos conhecimentos da enfermagem gerontológica aliados aos da gerontogeriatría, priorizando as questões de suma importância, como os dados demográficos e epidemiológicos; as alterações fisiológicas e patológicas decorrentes do processo de envelhecimento; a legislação nacional e políticas públicas voltadas para as pessoas idosas (SANTOS, *et al.* 2008).

Para Merhy (2002), o contexto atual é de transição tecnológica em saúde, com novas possibilidades de reestruturação ou construção de modelos que atendam as necessidades dos usuários. A utilização dessas tecnologias exige um objeto de trabalho dinâmico, em contínuo movimento, não mais estático, passivo ou reduzido a um corpo físico. Rossi & Lima (2005) relatam que essa transição tecnológica em saúde exige dos profissionais, especialmente do enfermeiro, uma capacidade diferenciada no olhar que lhe é dirigido, a fim de que percebam essa dinamicidade e pluralidade, que desafiam os sujeitos à criatividade, à escuta, à flexibilidade e à sensibilidade.

Em seu estudo, Gonçalves & Schier (2005) já salientavam a importância de os enfermeiros considerarem diferentes alternativas de uma assistência gerontogeriátrica que contemple serviços de diagnóstico, tratamento, cuidado e reabilitação nas mais variadas situações de saúde-doença, incluindo a família cuidadora como cliente, tornando a unidade de atendimento o binômio idoso/família.

Pesquisas na área da enfermagem gerontológica mostram que há uma carência de capacitação e suporte para os profissionais e, principalmente, para

os cuidadores familiares/leigos (MARTINS *et al.*, 2007). Também em sua pesquisa, Schier (2004) já sinalizava a carência de estudos e pesquisas acerca da família cuidadora, reforçando a importância de sua contribuição. Realizar pesquisas nessa área, portanto, é fundamental. E deverão visar ao desenvolvimento, à implantação e à avaliação da eficiência dos programas de educação, em virtude do fenômeno crescente do envelhecimento humano, bem como das complicações advindas desse processo biológico, para contribuir para o desenho de estratégias de educação e cuidados da saúde de nossa realidade.

Contudo, no município de Belém e em outros municípios mais povoados, tanto nas unidades municipais de saúde como nas unidades de saúde da família, a atenção prestada ao usuário idoso acontece ainda de modo fragmentado, sem efetividade das ações nos programas em funcionamento. Mesmo assim, constata-se esforços de profissionais da atenção básica no seu fazer “saúde”, no cuidar dos usuários que recorrem ao SUS, repensando e buscando atualização profissional e adaptando estruturas e sistemas para a gestão de cuidados visando a um processo que produza melhores resultados.

Considerando ser recente a inclusão da atenção à população idosa pelo 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 (OMS, 2005) e saudável; 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 da família cuidadora e apoiá-la (ALMEIDA, 2010; GONÇALVES *et al.*, 2012; ALVAREZ, 2001).

Pensando nos profissionais de saúde, em especial os enfermeiros, o presente estudo testou o desenvolvimento de estratégias inovadoras de apoio ao processo ensino-aprendizagem, com vistas a promover ao máximo possível a autonomia e a independência das pessoas idosas, respeitando a individualidade de cada um, inserido numa família e numa comunidade específica.

Dessa forma, ressalta-se que investir em pesquisa dessa natureza pode contribuir para diminuir as lacunas existentes nessa área e desmitificar a pessoa idosa, pois o envelhecimento é visto, muitas vezes, como doença,

embora certas alterações apresentadas pelo idoso sejam inerentes ao processo fisiológico do envelhecimento.

Para isso, definiu-se a questão de pesquisa: Como desenvolver uma tecnologia cuidativo-educacional para o bem-viver das pessoas idosas em seu curso do envelhecimento convivendo em família e comunidade?

1.1. OBJETIVOS

- Realizar avaliação diagnóstica de condições de vida e saúde do idoso convivendo em família e comunidade, aplicando-se a caderneta de saúde da pessoa idosa e o APGAR de família.
- Testar o desenvolvimento de uma tecnologia cuidativo-educacional para idosos usuários da UMS do Guamá, com base nas necessidades detectadas na avaliação diagnóstica.

Capítulo 2

2. CONTEXTUALIZAÇÃO DEMOGRÁFICA E EPIDEMIOLÓGICA DA POPULAÇÃO IDOSA NA REGIÃO NORTE E AS POLÍTICAS E PROGRAMAS DE ATENÇÃO À SAÚDE DE PESSOAS IDOSAS

2.1. Atual demografia brasileira: população idosa geral da Região Norte, do Pará e de sua capital

O envelhecimento populacional é um dos grandes fenômenos mundiais. O Brasil é hoje um dos países que envelhece rapidamente, e este é um dos desafios para o século 21, pois indica a necessidade de formular políticas públicas destinadas a atender uma população com idade cada vez mais avançada (CAMARANO, 2010; MORAES, 2012).

No Brasil, o rápido envelhecimento da população vem causando importante modificação na sua pirâmide etária, constituindo o processo de transição demográfica determinado sobremaneira por três fatores já bastante evidenciados por estudos demográficos: elevada mortalidade e fecundidade, queda da mortalidade e crescimento populacional e queda da fecundidade e envelhecimento populacional. Nas primeiras décadas do século passado, no Brasil a taxa de mortalidade era muito elevada – três de cada 100 brasileiros morriam a cada ano. Isto freava o crescimento da população, apesar da taxa de fecundidade muito alta (MORAES, 2012).

A mulher brasileira tinha em média mais de seis filhos no começo de 1960 e atualmente tem menos de dois. A grande quantidade de nascimentos no início da transição demográfica teve, e continua a ter, fortes efeitos sobre a estrutura etária da população (BANCO MUNDIAL, 2010).

No Brasil, o declínio da mortalidade – principalmente entre as crianças – iniciou-se na década de 40, com o advento de medicações, imunizações e a terapia de reidratação oral. A expectativa de vida ao nascer aumentou significativamente, e em 1970 já se aproximava dos 54 anos. A população brasileira saltou de 41 para 93 milhões de pessoas entre 1940 e 1970, crescendo quase 30% a cada década. No entanto, os jovens representavam ainda mais de 40% da população, contra menos de 3% de idosos (CHAIMOWICZ *et al.*, 2009).

Em meados da década de 60, como consequência das mudanças socioculturais associadas ao crescimento da população urbana e à disponibilidade de métodos contraceptivos, a fecundidade começou a declinar rapidamente. Iniciado nas áreas urbanas das regiões Sul e Sudeste, o processo se estendeu às demais regiões brasileiras e áreas rurais a partir de 1970, e aos poucos atingiu todas as classes sociais (CHAIMOWICZ *et al.*, 2009).

As projeções indicam que nos próximos 20 anos essa população poderá ultrapassar os 30 milhões de pessoas, ou seja, quase 13% da população brasileira, elevando o Brasil ao sexto lugar entre os países com mais idosos em números absolutos (IBGE, 2010). Em 1950 o Brasil tinha, na faixa etária de 60 a 79 anos, um percentual de 3,8, contra 0,4 na faixa etária de 80 anos ou mais. Já em 2000, esse percentual teve o aumento significativo de 7,4 na faixa etária de 60 a 79 anos, contra 1,1 daqueles com 80 anos ou mais, um aumento considerável. E esse número de idosos no Brasil cresce a cada década: em 2010 obtivemos um percentual de 12,6, sendo 9,26 para os de 60 a 79 anos, e de 1,53 para os de 80 anos ou mais (IBGE, 2010).

Os idosos *mais velhos*, aqueles com 80 anos ou mais, compreendiam aproximadamente 80 milhões de pessoas em 2000 (OPAS, 2005), com uma projeção de 395 milhões para 2050, um incremento de 4,9 vezes. Nesse ano, 69% desses muito idosos estarão vivendo em países em desenvolvimento. Com efeito, apesar de os indivíduos com mais de 80 anos representarem 1,3% da população mundial e 3% da população em regiões desenvolvidas, essa faixa etária é o segmento da população que cresce mais rapidamente (ROSSET *et al.*, 2011).

Assim, esse crescimento vem propulsionando, nas últimas duas décadas, o desenvolvimento de estudos de cunho biológico, clínico, psicológico e social voltados para esclarecer características peculiares a essa faixa etária, que não só características biomédicas diferentes de outros indivíduos, inclusive dos idosos mais jovens, mas guarda também particularidades psicológicas, culturais, socioeconômicas e epidemiológicas que devem ser particularmente estudadas (ROSSET *et al.*, 2011).

Com o rápido e expressivo envelhecimento da população, esse tema passa a ocupar lugar de destaque entre os profissionais que atuam com pessoas idosas e entre a própria população senescente. Dentre esses, a fragilização no processo de envelhecimento surge com muita ênfase (BRASIL/MS, 2007).

O conceito de fragilidade faz parte do vocabulário comum de geriatras e gerontólogos, embora não haja consenso quanto à sua definição. Autores como Fried *et al.*, (2004) a definem como “*estado de vulnerabilidade crescente a estressores, resultado do declínio das reservas fisiológicas e desregulação de múltiplos sistemas, limitando a capacidade de manter a homeostase diante de estressores*”. Tal síndrome é uma condição multissistêmica, mais prevalente com o aumento da idade. Toniolo Neto & Ramos, 2005 e Santos (2008) a definem como sinônimo de incapacidade, dependência em atividades de vida diária (AVD), de comorbidade ou de idosos mais debilitados e vulneráveis. Ainda nos comentários dessa autora a fragilidade envolve uma série de características como vulnerabilidade, fraqueza, instabilidades e limitações, que apresentam uma grande variabilidade.

Pelo exposto, faltam ainda estudos para melhor entendimento dessas relações causais e identificação da fragilidade manifestando-se sob uma única ou sob várias formas. A importância de compreender essa relação entre as características consiste em elucidar fatores que contribuem para cada uma delas e como essas características se combinam para determinar a fragilidade, permitindo o diagnóstico precoce e a prevenção (LEBRÃO & LAURENTI, 2005).

Os dois últimos censos demográficos (2000 e 2010) mostraram o aumento do número de idosos, tanto no Brasil tanto quanto na Região Norte e no Estado do Pará e sua capital, conforme se observa na Tabela1.

Tabela 1: Número de idosos e % em 2000 e 2010 no Brasil, Região Norte, Pará e Belém.

	2000	%	2010	%
BRASIL	14.536.029	9,3	20.593.891	12,3
REGIÃO NORTE	707 071	5,4	1.081.469	6,8
PARÁ	356.562	5,7	535.135	7,1
BELÉM	88.860	6,9	129.929	9,3

Fonte: IBGE, CENSO SINOPSE – 2010

http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/resultados_gerais_amostra

Segundo avaliação do IBGE (2010), o número de idosos cresce 66%, concentrando grande parte em Belém, com 129.929 idosos, equivalendo a 9,3% de sua população (1.393.399), percentual maior que a média estadual. Esses dados mostram a importância de o Estado reconhecer o desafio que o crescimento da população idosa e de sua longevidade representa como conquista e desafio que se impõem para manter a vida digna de seus habitantes, com sobrecarga aos cofres públicos, sobretudo dos setores social e da saúde. Em 2010, a população idosa brasileira era de 20,5 milhões. Para 2020, a projeção é de que o contingente alcance 30,9 milhões (CAMARANO, 2010; IBGE, 2012).

Vários fatores levam a mulher a ter em média alguns anos de vida a mais do que o homem (homens 10.068.422, com 46,8 % e mulheres 11.438.701, com 53,2 %) (IBGE, 2012): as mulheres sofrem menos com a violência urbana, com os acidentes de trânsito e com acidentes de trabalho; menor consumo de álcool e cigarro; cuidam melhor da saúde, levando ao fenômeno da feminização da velhice (CAMARANO, 2010).

Segundo Chaimowicz *et al.*, (2009) o processo de feminização do envelhecimento é evidente no Brasil. Em 1950 existiam aproximadamente 100 homens para cada 100 mulheres na faixa etária de 65 a 69 anos, mas em 2000 cai para 81 e em 2020 deverão ser apenas 78 homens para cada 100 mulheres.

O Brasil caminha velozmente rumo a um perfil demográfico cada vez mais envelhecido, fenômeno que, sem sombra de dúvida, exige adequação das políticas sociais, particularmente daquelas voltadas para atender às crescentes

demandas nas áreas da saúde, previdência e assistência social (BRASIL/MS, 2010).

Na visão de Uchoa *et al.*,(2002) o grande desafio que o crescimento da população idosa coloca para o país é como lhe garantir uma sobrevivência digna durante os anos de vida prolongados e aponta como solução incluir o envelhecimento populacional como ponto fundamental na elaboração de políticas e na agenda de pesquisas científicas. Esses autores refletem acerca das implicações socioeconômicas decorrentes dessa transição lançando um desafio aos setores sociais e tecnológicos no Brasil, pois a longevidade coexiste com a pobreza da população, aumentando o índice de morbidade por doenças crônico-degenerativas, as quais são deficitariamente tratadas pelo sistema de saúde.

2.2. Perfil de saúde da população idosa

Uma das maiores conquistas da humanidade foi a ampliação do tempo de vida, ampliação que se fez acompanhar de uma melhora substancial dos parâmetros de saúde das populações, ainda que estas conquistas estejam longe de se distribuir de forma equitativa nos diferentes países e contextos socioeconômicos. O envelhecimento da população é uma aspiração natural de qualquer sociedade, mas não basta por si só. Viver mais é importante desde que se consiga agregar qualidade a estes anos adicionais de vida (VERAS, 2001).

A transição epidemiológica se caracteriza pela mudança do perfil de morbidade e de mortalidade de uma população, com diminuição progressiva das mortes por doenças infectocontagiosas e elevação das mortes por doenças crônicas (BRASIL/MS, 2010).

Embora os dados epidemiológicos indiquem sempre o aumento da incidência das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no mundo, o processo de envelhecimento biológico não deve ser confundido com doença, sendo necessário abordar a diferença entre os conceitos de senilidade e senescência. Para Moraes (2008), a senilidade refere-se às alterações resultantes de traumas e doenças que ocorrem no ciclo vital, como, por exemplo, a osteoartrite dos joelhos secundária à obesidade. Já a senescência

é a diminuição progressiva da reserva funcional dos indivíduos, o que, em condições normais, não costuma provocar qualquer problema (BRASIL, 2007; MORAES, 2008). Cabe salientar que certas alterações decorrentes do processo de senescência podem ter seus efeitos minimizados pela prática de um estilo de vida mais ativo.

A situação epidemiológica brasileira traz consigo uma epidemia oculta, a das doenças crônicas. Como consequência, estima-se que morram, a cada dia, no Brasil, mais de 450 pessoas, somente em decorrência de infarto agudo do miocárdio e acidente vascular encefálico. Concluindo, pode-se afirmar que, à luz das informações analisadas, o Brasil apresenta um processo de envelhecimento de sua população e uma situação de transição epidemiológica, caracterizada pela queda relativa das condições agudas e pelo aumento relativo das condições crônicas (MENDES, 2012).

No Brasil, a transição epidemiológica é bastante evidente: as doenças infecciosas representavam 46% do total de óbitos em 1930 e hoje causam menos de 5%; as doenças da gravidez, parto, puerpério e causas perinatais, muito prevalentes naquela época, representam hoje, somadas, menos de 4% do total de óbitos do sexo feminino. Os óbitos por causas externas (principalmente acidentes e agressões), que representavam menos de 3% do total, hoje somam 18% dos óbitos de homens (BRASIL/MS, 2010).

Os agravos decorrentes das doenças crônicas não transmissíveis têm sido as principais causas de óbito na população idosa, seguindo uma tendência mundial. Quando são analisadas as causas específicas, a doença cerebrovascular ocupa o primeiro lugar em mortalidade no país, tanto em idosos quanto na população geral, ficando em segundo lugar as doenças cardiovasculares (BRASIL/MS, 2010).

No Estado do Pará, a mesma realidade: segundo dados do DATASUS (2010), o total de óbitos em idosos foi de 14.912, sendo 8.81% por doenças do aparelho circulatório, respiratório e neoplasias as três principais causas de óbitos entre os idosos, distribuídas pelas faixas etárias: 60-69 anos (4.290), 70-79 anos (5.087) e 80 anos ou mais (5.535). Na Tabela 2, as principais causas de morte nos idosos.

Tabela 2: Óbitos de idosos por faixa etária e principais morbidades no Estado do Pará, 2010, segundo DATASUS 1996-2010.

Faixa etária	Aparelho circulatório	Neoplasias	Aparelho respiratório	Total
60-69 anos	1.392	739	386	2.517
70-79 anos	1.746	695	606	3.047
80-89 anos	1.952	448	842	3.242
Total	5.090	1.882	1.834	8.806

Fonte: DATASUS, estatísticas vitais, mortalidade 1996-2010, disponível em www.datasus.gov.br

Chaimowicz *et al.* (2009) relatam que as estatísticas sobre a situação de saúde dos idosos caracterizam as demandas que incidem sobre o sistema de saúde e ainda permitem determinar essas mudanças e planejar estratégias para reduzir o seu impacto. Para Moraes (2012), a presença de incapacidades é o principal preditor de mortalidade, hospitalização e institucionalização em idosos.

Tabela 3: Principais causas de internação hospitalar de idosos no SUS, Brasil, 2008.

	Capítulo CID-10	Nº de Internações	%
1.	IX. Doenças do aparelho circulatório	599.735	27,4
2.	X. Doenças do aparelho respiratório	358.856	16,4
3.	XI. Doenças do aparelho digestivo	227.330	10,4
4.	I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	176.759	8,1
5.	II. Neoplasias (tumores)	172.445	7,9
6.	XIV. Doenças do aparelho geniturinário	138.400	6,3
7.	XIX. Lesões, envenenamento e alguma outra consequência de causas externas	121.506	5,6
8.	IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	115.850	5,3
9.	XIII. Doenças sistema osteomuscular e tecido conjuntivo	46.973	2,1
10.	VI. Doenças do sistema nervoso	44.432	2,0

Fonte: Brasil, Ministério da Saúde, DATASUS, 2008, disponível em www.datasus.gov.br

2.3. Políticas e programas de atenção à saúde da população idosa

O tema políticas voltadas para as questões do envelhecimento populacional e para as pessoas já envelhecidas foi focalizado primeiramente nos países desenvolvidos, por o fato ocorrer primeiramente nesses países (MORAES, 2008). Em 1982, acontece a I Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento, em Viena, quando vários países desenvolvidos se encontram para discutir o fenômeno. No encontro estabeleceu-se o 1º Plano Internacional para o Envelhecimento, sendo priorizadas sete áreas: saúde e nutrição, habitação, família, segurança e emprego, bem-estar, proteção aos consumidores idosos e educação. Após 20 anos, em 2002, realiza-se a II Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento em Madri, Espanha, tendo como resultado um novo Plano de Ação Mundial para o Envelhecimento, com recomendações para adoção de medidas por eixos temáticos, tais como: pessoas idosas e desenvolvimento; promoção da saúde e bem-estar na velhice; criação de ambiente propício e favorável (MORAES, 2008).

No Brasil, até meados dos anos 70, o Estado ainda não havia assumido a sua responsabilidade de intervir na questão do cuidado às pessoas idosas; a assistência, até então, era suprida, no âmbito privado, pelas famílias ou dentro das relações sociofamiliares comunitárias (MORAES, 2008).

A legislação brasileira sobre as pessoas idosas é garantida a partir da Constituição Federal de 1988 (BRASIL/MS, 1988), a chamada Constituição Cidadã. No capítulo da seguridade social, essa Constituição assegurou também, em seu artigo 198, a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), regulamentado pelas Leis 8.080/90 e 8.142/90, como *“uma nova formulação política e organizacional para o reordenamento dos serviços e ações de saúde cujo objetivo é prestar assistência à saúde da população baseada no modelo de promoção, proteção e recuperação da saúde”* (BRASIL/MS, 1990). E nos artigos 229 e 230, sobre o dever da família, da sociedade e do Estado de amparar as pessoas idosas, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhe o **direito** à vida.

Na vigência dessa Constituição Federal são aprovadas: a Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), Lei 8.742, de 07 de dezembro de 1993; a

Política Nacional do Idoso (PNI), Lei nº 8.842, de 04 de janeiro de 1994; a Política Nacional de Saúde do Idoso, Portaria nº 1.395, de dezembro de 1999; em 2002 são organizadas e implantadas as Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso, Portaria GM/MS nº 702/2002; o Estatuto do Idoso, Lei 10.741, de 1º de outubro de 2003. Em fevereiro de 2006, foi instituído, pela Portaria GM nº 399, o Pacto pela Saúde, no qual a saúde do idoso aparece como umas das prioridades no Pacto pela Vida; e em 19 de outubro de 2006, foi assinada a Portaria do MS nº 2.528, que aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, atualizando a portaria anterior, de 1999.

A Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) é Política de Seguridade Social não contributiva, que provê os mínimos sociais, realizada por meio de um conjunto integrado de ações de iniciativa pública e da sociedade para garantir o atendimento às necessidades básicas. Tem por objetivos: I - a proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência e à velhice; II - o amparo às crianças e adolescentes carentes; III - a promoção da integração ao mercado de trabalho; IV - a habilitação e reabilitação das pessoas portadoras de deficiência e a promoção de sua integração à vida comunitária; V - a garantia de 1 (um) salário mínimo de benefício mensal à pessoa portadora de deficiência e ao idoso que comprovem não possuir meios de prover a própria manutenção nem de tê-la provida por sua família.

A Política Nacional do Idoso, Lei 8.842/94, regulamentada em 1996 pelo Decreto 1.948/96, assegurou direitos sociais à pessoa idosa, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade e reafirmando o direito à saúde nos diversos níveis de atendimento do SUS.

A Política Nacional de Saúde do Idoso determina que os órgãos e entidades do Ministério da Saúde (MS), cujas ações se relacionem com o tema objeto da Política aprovada, promovam a elaboração ou a readequação de seus planos, programas, projetos e atividades em consonância com as diretrizes e responsabilidades nela estabelecidas (BRASIL/MS, 1999). Em sua introdução, essa publicação assume que o principal problema que pode afetar o idoso, como consequência da evolução de suas enfermidades e de seu estilo de vida, é perder sua capacidade funcional, isto é, perder as habilidades físicas e mentais necessárias ao desempenho de suas atividades básicas e instrumentais da vida diária (SILVESTRE & COSTA NETO, 2003).

Em 2002 é proposta a organização e implantação de Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso (Portaria GM/MS nº 702/2002), tendo como base a condição de gestão e a divisão de responsabilidades, definidas pela Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS, 2002). Como facilitador na operacionalização das redes, estabeleceram-se critérios para cadastrar os Centros de Referência em Atenção à Saúde do Idoso (BRASIL/MS, 2010).

O Estatuto do Idoso, de 2003, revela-se como resposta à exigência de uma sociedade mais consciente dos anseios da terceira idade e de uma nova conceituação de ser idoso em bases justas, éticas e solidárias. Tornando-se um marco na sociedade, propõe mudanças no comportamento de toda uma sociedade em relação aos idosos (FREITAS, 2011).

Em 2006, foi divulgado o Pacto pela Saúde 2006, portaria nº 399/GM, realizada pelas três esferas de gestão (governo Federal, Estadual e Municipal) com os objetivos de promover inovações nos papéis e instrumentos de gestão e alcançar eficiência nas respostas do SUS, entre outras. Para isso, o pacto pela saúde ficou definido em três dimensões: pela vida, em defesa do SUS e de gestão do SUS. Nesse momento surge a Saúde do Idoso como uma das prioridades e a oportunidade de se apresentar e discutir, com os gestores, profissionais da Rede de Serviços de Saúde e população em geral, a nova realidade social e epidemiológica do perfil demográfico e epidemiológico da população brasileira (BRASIL/MS, 2010).

A realização dessas ações de atenção integral e integrada à saúde da pessoa idosa e de ações intersetoriais de fortalecimento da participação popular e de educação permanente, descritas como prioridades do Pacto pela Vida, são: a caderneta de saúde da pessoa idosa, caderno de atenção básica – Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa, curso de aperfeiçoamento em envelhecimento e saúde da pessoa idosa, curso de gestão em envelhecimento, oficinas estaduais de prevenção de osteoporose e quedas e fraturas em pessoas idosas (BRASIL/MS, 2006).

Em 19 de outubro de 2006, foi assinada a Portaria nº 2.528, que aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, atualizando a antiga Portaria nº 1935/94. A nova Portaria traz um novo paradigma para discutir a situação de saúde dos idosos. Afirma ser indispensável incluir a condição funcional ao serem formuladas políticas para a saúde da população idosa, considerando

que existem pessoas idosas independentes e uma parcela da população mais frágil, devendo ser pautadas por essas especificidades. Além disso, faz parte das diretrizes dessa política a promoção do Envelhecimento Ativo e Saudável, de acordo com as recomendações da Organização das Nações Unidas de 2002 (BRASIL/MS, 2010).

As leis de amparo ao idoso são regidas por princípios e diretrizes que objetivam assegurar-lhe os direitos sociais previstos na constituição. Assim, coube à área da saúde garantir ao idoso a assistência à saúde nas diversas instâncias do SUS: prevenir, promover, proteger e recuperar a saúde do idoso mediante programas e medidas profiláticas.

A promoção do envelhecimento saudável compreenderá o desenvolvimento de ações que orientem os idosos e os indivíduos em processo de envelhecimento sobre adoção de hábitos saudáveis de vida e eliminação de comportamentos nocivos à saúde, para manter sua capacidade funcional e melhorar sua qualidade de vida (BRASIL/MS, 1999).

A conquista da qualidade de vida e o acesso a serviços que favoreçam lidar com as questões do envelhecimento são condições indispensáveis na promoção da saúde do idoso, sendo de vital importância ampliar sua consciência sobre o envelhecer e os recursos para manter a saúde no processo de envelhecimento (ASSIS, 2002).

Porém, apesar das grandes mudanças que vêm ocorrendo na Política de Saúde brasileira, o envelhecimento é visto como uma fase de deterioração e perdas, e a assistência ao idoso baseada na queixa conduta, privilegia a doença. Na abordagem educativa baseada nesse modelo, Smeke e Oliveira (2001) salientam que a ênfase incide na persuasão e na coerção dos indivíduos para que adotem comportamentos mais saudáveis, responsabilizando-os pela sua saúde ou culpabilizando-os pela doença.

Para Barroso e Santos (2003), a mudança no comportamento em relação à saúde só acontecerá se o profissional de saúde reconhecer e valorizar o saber construído socialmente pela clientela em seu ambiente. Esse saber pode ser expresso através de suas representações nos múltiplos espaços de encontro das intervenções de saúde. Tal concepção coincide com um dos saberes necessários à educação proposta por Freire (2004) “*ensinar*

exige respeito aos saberes dos educandos”, refletindo com eles a razão de ser desses saberes.

Nesse contexto, surge a Estratégia Saúde da Família (ESF), em que o Ministério da Saúde define uma estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica, tendo como objetivo contribuir para a reorientação do modelo assistencial, a começar pela atenção básica, conforme os princípios do SUS e ampliar a resolutividade e o impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar importante relação custo-efetividade. Seu suporte é a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), aprovada em 2006, (Portaria nº 648 de 28 de março de 2006), que passou em 2011 (Portaria 2.488 de 21 de outubro de 2011) por uma revisão da sua regulamentação de implantação e operacionalização (BRASIL/MS, 2011).

A ESF trabalha com uma equipe mínima de enfermeiro, médico, técnico de enfermagem e os agentes comunitários de saúde. Cada equipe trabalha com no máximo 4.000 pessoas, embora o recomendado seja de 3.000; cada profissional exerce suas atividades em 40 horas semanais, com exceção do médico, que pode atuar em duas equipes, perfazendo as 40 horas semanais. Cada equipe trabalha num território de referência (territorialização), com uma população adscrita, estabelecendo assim uma relação de vínculo e responsabilização, garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado dos profissionais de saúde aos usuários atendidos por cada equipe de saúde (BRASIL/MS, 2011).

A Portaria 2.488 tem como um dos principais fundamentos e diretrizes:

Coordenar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integrando ações programadas e demanda espontânea articulando as ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação e manejo das diversas tecnologias de cuidado e de gestão necessárias a estes fins e à ampliação da autonomia dos usuários e coletividades; trabalhando de forma multiprofissional, interdisciplinar e em equipe; realizando a gestão do cuidado integral do usuário e coordenando o conjunto da rede de atenção (BRASIL/MS, 2011 p. 23-24).

Na ESF, destaca-se o trabalho dos profissionais de saúde voltado para a atenção integral e contínua de todos os membros das famílias vinculadas à Saúde da Família, em cada uma das fases de seu ciclo de vida, considerando o contexto familiar e social. Entretanto, percebe-se que a atenção aos idosos

ainda é realizada com base na demanda espontânea na unidade ou nas visitas domiciliares, comprometendo uma qualificação no atendimento que lhes é prestado.

Essa nova dinâmica de adoecimento torna maior a procura dos idosos por serviços de saúde. Todavia, as doenças crônicas e suas incapacidades são preveníveis; a ênfase na prevenção é a chave para modificar esse quadro, necessitando de operacionalização das políticas públicas existentes para contemplar tal realidade (MENDES, 2012; FREITAS *et al.*, 2011).

Em nosso país, apesar de algumas mudanças indicarem, mesmo timidamente, uma melhoria na atenção ao idoso, os indicadores confirmam uma realidade distante do que preconizam as políticas de atendimento a essa população. A qualidade de vida dos idosos exige uma reflexão sobre os conceitos que orientam toda a nossa prática, no que se refere ao sentido que atribuímos à vida e aos valores da pessoa idosa.

Capítulo 3

3. BASE TEÓRICA E METODOLÓGICA

Para fundamentar as ações de enfermagem voltadas para usuários idosos de unidade básica de saúde, adotaram-se as concepções teóricas do Autocuidado de Orem, por se coadunarem com o processo de educação para o envelhecimento ativo e saudável. No desenvolvimento de tecnologia cuidativo-educacional, optou-se pela concepção de tecnologia leve e leve-dura de Emerson Merhy, que são tecnologias de relação e de processo, na dimensão cuidativa do trabalho em serviços de saúde.

3.1. Teoria geral do autocuidado de Dorothea Orem

Apresento aqui a Teoria Geral do Autocuidado em sua concepção geral, incluindo uma síntese biográfica de sua idealizadora e o contexto histórico de origem. Seguem os pressupostos e o marco conceitual pessoal baseado nos preceitos de autocuidado de Orem, contextualizados à realidade atual do cenário da prática de educação em saúde com usuários idosos.

Considerando a dificuldade em nosso meio de encontrar a fonte primária da teoria do autocuidado – os livros originais de Orem – optou-se aqui pelo uso de literatura proveniente de estudiosas americanas de teorias de enfermagem que avaliaram e continuam avaliando e divulgando essas teorias, as quais foram criadas primordialmente nos USA. São elas: de Marriner (1986), Fortes, Jassen & Orem, (1993), Tomey & Aligood (2004) e McEwen & Wills (2009).

3.1.1. BREVE HISTÓRICO BIOGRÁFICO DE OREM

Dorothea E. Orem nasceu em 1914 em Baltimore, Maryland. Iniciou sua educação em enfermagem em Washington, no Providence Hospital School of Nursing em 1930. Conquistou Bacharelado e Licenciatura em Enfermagem e Mestrado em Educação em Enfermagem, respectivamente em 1939 e em 1945, pela Catholic University of America.

Sua formação avançada permitiu-lhe servir como diretora da Escola de Enfermagem Hospital Providência, em Detroit, onde também ensinou ciências biológicas e enfermagem. Entre os anos 50 e 60 Orem exerceu docência como Assistente e depois Adjunta, logo assumindo a função de decana da Escola de Enfermagem da Universidade Católica da América.

Seu livro “Diretrizes para o desenvolvimento de currículos para a educação de enfermagem prática”, lançado em 1959, foi a base do trabalho: a Teoria do Déficit de Autocuidado de Enfermagem. Orem foi pioneira na definição conceitual de enfermagem como provisão de autocuidado. Continuando no desenvolvimento da enfermagem voltada para o autocuidado, em 1971 publicou “*Nursing: Concepts of practice*”, em cuja primeira edição centralizou seu foco no indivíduo; na segunda edição ampliou o foco para unidades pessoais: famílias, grupos e comunidade. Já na terceira edição, Orem formulou os elementos conceituais e operacionais de seu modelo geral de enfermagem propondo três teorias articuladas: a **Teoria dos Déficits de Autocuidado**, a **Teoria do Autocuidado** e a **Teoria dos Sistemas de Enfermagem**. Em sua teoria enfatiza a crença de que indivíduos se esforçam para responder às necessidades de manter a sua ótima saúde e bem-estar através do autocuidado.

Lançada originalmente em 1971, como já se viu aqui, *Nursing: concepts of practice* foi reeditada sucessivamente em 1980, 1985, 1991, 1995 e 2001, demonstrando incessante esforço de construção e refinamento da teoria. Em seus escritos transparece um trabalho seu trabalho que é fruto de contatos e relacionamentos com grande número de colegas e estudantes universitários, que lhe proporcionaram ricas e produtivas experiências. Ela reconhece a importância das obras de inúmeras autoras que têm contribuído inspirando

outros teóricos para e na construção das bases teóricas da enfermagem, entre os quais cita Nightingale, Henderson, Abdellah, Johnson, King, Orlando, Travelbee, Peplau, Riehl, Rogers, Roy e Wiedenbach.

3.1.2. Síntese da Teoria Geral do Autocuidado de Orem

O Modelo Geral de Enfermagem foi desenvolvido por Orem com a preocupação de refletir sobre as relações que estão presentes no fazer enfermagem em relação aos pacientes, constituída com base em três construções teóricas: Teoria do Autocuidado, Teoria do Déficit de Autocuidado e Teoria dos Sistemas de Enfermagem.

Na teoria do autocuidado, Orem explica *o que* quer dizer com autocuidado, relacionando diversos fatores que afetam sua provisão. Na teoria do déficit de autocuidado, especifica *quando* há necessidade do enfermeiro no auxílio ao indivíduo para oferecer o autocuidado, enquanto na teoria de sistema de enfermagem ela destaca a *maneira como* essas necessidades de autocuidado do paciente serão satisfeitas pelo enfermeiro, pelo paciente ou por ambos.

O **autocuidado** é a prática de atividades, iniciadas e executadas pelos indivíduos, em seu próprio benefício, para manter a vida, a saúde e o bem-estar. O **déficit de autocuidado** constitui a essência da Teoria Geral do Déficit de Autocuidado, por delinear a necessidade da assistência de enfermagem. E o **sistema de enfermagem** descreve e esclarece que as atividades são planejadas pelo profissional baseando-se nas necessidades de autocuidado e na competência do paciente para executá-las.

Para a enfermagem, as concepções teóricas de Orem subsidiam a prática profissional, pois permitem identificar os fatores que atuam direta ou indiretamente no autocuidado, como mecanismos facilitadores ou dificultadores na sua provisão.

Teoria do Autocuidado: Orem apresenta três tipos de requisitos de autocuidado como: *universais, desenvolvimentais e de desvio de saúde*.

O *requisito de autocuidado universal* está associado aos processos de vida e à manutenção da integridade da estrutura e do funcionamento humanos. São comuns a todos os seres humanos durante todos os estágios do ciclo vital, relacionados às necessidades básicas, como: manter ingestão suficiente de ar, de água, de alimento; prover cuidados associados a processo de eliminação e excreção; manter o equilíbrio entre atividade e descanso, entre solidão e interação social; prevenir riscos à vida humana e promover funcionamento e desenvolvimento humanos, em grupos sociais.

Os *requisitos desenvolvimentais* de autocuidado são adaptações necessárias que surgem em situações normais durante o ciclo vital, desde a infância, passando pela adolescência, adultícia e envelhecimento até o processo da morte.

Esses requisitos classificam-se em dois subtipos: os relacionados à provisão de cuidados para prevenir os efeitos negativos das condições adversas; e à provisão de cuidados para diminuir ou superar os efeitos negativos existentes de uma condição ao acontecimento vital particular. Durante as mudanças sociais no trabalho ou na família, como primeiro emprego ou mudança de emprego, casamento, nascimento de filho e situações críticas inesperadas de perda e ou sofrimento na família, como desemprego, acidente, doença, morte e separação, entre outras.

Os *requisitos de autocuidado em desvio de saúde* que se relacionam a déficits na administração do cuidado da vida e saúde, ou seja, desvios e defeitos de estrutura e integridade normais do indivíduo que prejudicam sua habilidade em executar o autocuidado, como, por exemplo: busca e garantia de assistência médica adequada, execução efetiva de medidas terapêuticas prescritas pelos profissionais de saúde, autoaceitação nesse estado particular de vida e saúde e que requer cuidados específicos.

Teoria do Déficit do autocuidado: constitui a essência da teoria geral de enfermagem de Orem, pois delinea quando há necessidade do cuidado específico e apoio da enfermagem, pelo fato de o indivíduo apresentar limitação em cuidar-se para atingir a saúde e o bem-estar. Esse déficit ocorre quando há um desequilíbrio entre a capacidade para o autocuidado e sua demanda terapêutica.

Orem identifica cinco métodos de ajuda prestada pelo enfermeiro ao indivíduo que necessita de ajuda, como: agir ou fazer para o outro, guiar o outro, apoiar o outro (física e psicologicamente), proporcionar um ambiente que promova o seu desenvolvimento pessoal quanto a tornar-se capaz de satisfazer demandas futuras ou atuais de ação e ensinar o outro.

Ao reconhecer os déficits de competência de autocuidado, o enfermeiro interfere utilizando a Teoria dos Sistemas de Enfermagem.

Na Teoria dos Sistemas de Enfermagem Orem se baseia nas necessidades de autocuidado do indivíduo que poderão ser prestadas pelo enfermeiro, desenvolvidas pelo próprio indivíduo ou por ambos, distinguindo a ação de enfermagem da ação de autocuidado: a primeira diz respeito ao exercício para o bem-estar de outro, enquanto a ação de autocuidado é desenvolvida em benefício próprio.

Nessa teoria três tipos de sistemas de enfermagem (totalmente compensatório; parcialmente compensatório e de apoio-educação) explicam o modo como o enfermeiro pode atender aos indivíduos, (Figura 01) considerando suas necessidades.

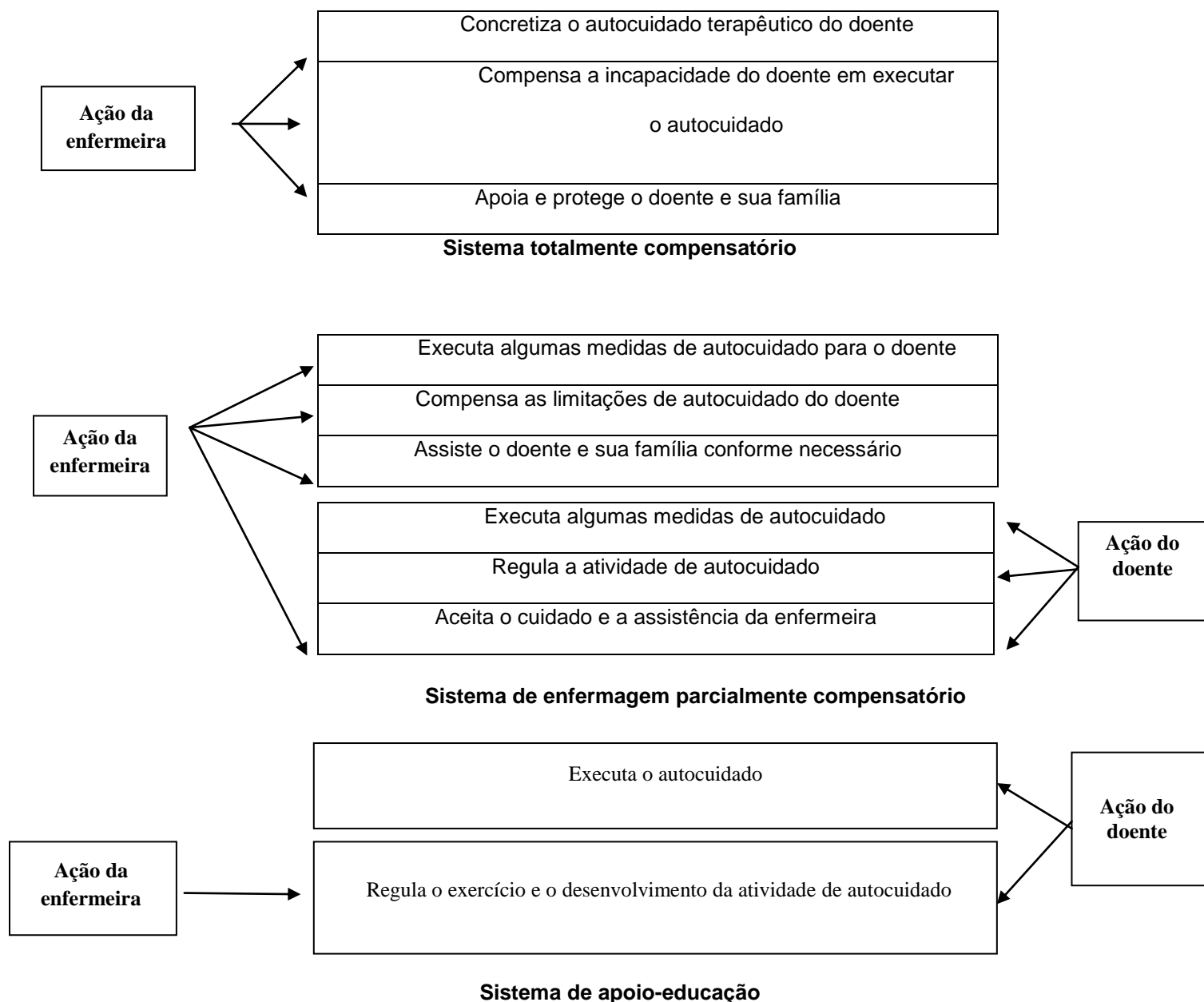


Figura 01- Sistemas básicos de enfermagem (TOMEY & ALIGOOD, 2004, p. 218)

O *Sistema de enfermagem totalmente compensatório* se aplica quando o indivíduo apresenta total incapacidade para executar ações de autocuidado. Nesse caso, o (a) enfermeiro (a) supre todos os cuidados terapêuticos. Subtipos de sistema de enfermagem totalmente compensatórios são: pessoas incapacitadas de desempenhar qualquer forma de ação voluntária, como, por exemplo: pessoas idosas ou não, em coma; conscientes e que conseguem fazer julgamentos e tomar decisões acerca do autocuidado, porém não conseguem ou não devem executar ações que exijam locomoção ou

movimentos manipulativos, como, por exemplo: idoso em pós-operatório de fratura de fêmur em decorrência de queda; incapacitadas de cuidar de si mesmas e fazer julgamentos e tomar decisões acerca do autocuidado, embora possam locomover-se, conseguindo executar algumas ações de autocuidado com orientação e supervisão contínuas, como pessoas em estado de senilidade avançada.

- *O Sistema de enfermagem parcialmente compensatório* é requerido quando o indivíduo apresenta alguns déficits de competência para autocuidado, mas podem desenvolver outras. Nos idosos tal sistema pode ser aplicado nos casos em que há dependência parcial de seus familiares para o cuidado necessário, como, por exemplo, aqueles com seqüela de acidente vascular cerebral.

- *Sistema de enfermagem de apoio-educação*: nesse sistema, o paciente e a família podem e devem executar ações de autocuidado, porém necessitam do apoio da enfermagem para auxiliá-los a adquirir competências, poder decisório e conduta de controle das necessidades de autocuidado. É imprescindível no trabalho com grupo de idosos, em consulta de enfermagem, em visita domiciliar para os idosos e seus familiares cuidadores, com a finalidade de identificar déficits de autocuidado presentes ou previsíveis e atuar com orientação e estímulo das capacidades presentes ou potenciais objetivando o autocuidado.

Um ou mais dos três tipos de sistemas citados anteriormente podem ser aplicados a um único cliente, considerando o contexto de aplicação e o tempo de dispensa de cuidados e sua evolução que possivelmente exigirá mudanças nas ações de enfermagem. Na enfermagem gerontológica, a identificação das demandas de autocuidado possibilita ao enfermeiro planejar o seu trabalho de forma a intervir em situações que exigem sua atuação, permitindo assim aplicar os sistemas de enfermagem para compensar as necessidades de autocuidado das pessoas idosas e suas famílias.

No processo de envelhecimento os requisitos universais podem ser afetados, tanto quanto em qualquer outra etapa do ciclo vital. Entretanto, devemos considerar que na velhice se acentuam mudanças fisiológicas, agravadas pela incidência de comorbidades, incluindo frequentemente o estado de cronicidade. O envelhecimento pode ainda exigir adaptação de

competências pelas mudanças físico-funcionais justapostas à situação de aposentadoria, requerendo aquisição de habilidades para um novo trabalho, por exemplo. As perdas de papéis sociais, a perda por morte de entes queridos, as mudanças inevitáveis de ambiente, entre outras, são situações que requerem competências especiais de autocuidado de requisitos desenvolvimentais que se justapõem a múltiplas condições dos requisitos universais. Ademais, as afecções crônicas que amiúde acometem pessoas idosas e suas famílias requerem busca por apoio, orientação e ajuda para o autocuidado da unidade familiar, promovendo o cuidado entre seus membros. Com a fragilização pelo avançar da idade, a vulnerabilidade aos agravos à saúde ao longo do processo de envelhecimento e a disfuncionalidade física, cognitiva, afetiva e social poderão intensificar-se, mas nunca se deverá menosprezar a competência presente no idoso, por mínima que seja. Em tal situação, a família toma a posição central do cuidado, geralmente com a ajuda e orientação do sistema de enfermagem de apoio-educação, pois se exige dela competência para o autocuidado da unidade familiar com um ou mais idosos requerendo cuidados.

3.2. Marco conceitual norteador do estudo

Marco conceitual representa um conjunto de elaborações mentais de conceitos relacionados com determinado fenômeno. Tais conceitos, inter-relacionados simbolicamente, transmitem a imagem mental de um fenômeno (McEWEN & WILLS, 2009, p. 52).

De acordo com os autores acima, conceitos *“são elementos ou componentes de um fenômeno necessários para entendê-lo, sendo abstratos e derivam das impressões que a mente humana recebe sobre os fenômenos por meio da sensibilidade ao ambiente”*.

Portanto, o presente marco conceitual incorpora pressupostos básicos e conceitos da Teoria de Orem, os quais foram orientados para a situação da pessoa idosa vivendo em contexto familiar e comunitário, situado num dado distrito da cidade, enquanto experimenta seu processo de envelhecimento.

3.2.1. Pressupostos da Orem

Pressupostos são *“crenças sobre os fenômenos que devem ser aceitas como verdade para que a teoria sobre o fenômeno seja aceita como verdade”* (MCEWEN & WILLS, 2009, p. 52).

Eis alguns dos pressupostos que Orem considerou no desenvolvimento de sua teoria:

- O autocuidado é uma necessidade universal dos seres humanos.
- As pessoas desejam e são capazes de executar o autocuidado para si mesma ou para membros dependentes da família.
- A educação e a cultura influenciam os indivíduos em suas ações de autocuidado.
- A enfermagem é um serviço deliberado, com o propósito de ajudar, executado por enfermeiras em favor dos outros, por certo período de tempo, enquanto há déficit de autocuidado.

Tais pressupostos se aplicam, no caso dos usuários idosos, pois a enfermagem encoraja a adotar, se for necessário, um novo estilo de vida associado à situação de cronicidade ou condição de vulnerabilidade, respondendo pelo seu cuidado e terapêutica necessária, compatível e compreensível para a sua educação e cultura, o que contribui para o sucesso na aprendizagem de novas competências que busquem um bem viver mais saudável e com mais qualidade.

3.2.2. Pressupostos pessoais

Os pressupostos abaixo imprimem minha crença, como enfermeira, quando cuido de idosos ditos independentes e autônomos e, muitas vezes, eles próprios se nominam como os da “melhor idade”.

- Em suas ações cuidativo-educacionais a (o) enfermeira (o) busca sempre o potencial de competência para o autocuidado de pessoas idosas e de

suas respectivas famílias, vivendo em quaisquer circunstâncias de vida e saúde e apoiando-os em suas necessidades.

- A (o) enfermeira (o) admite que o ser humano idoso em seu autocuidado seja o protagonista do próprio envelhecimento, em busca de um viver com melhor qualidade e bem-estar possível.

- Em suas ações coadjuvantes de apoio-educação a (o) enfermeira (o) considera a competência para o autocuidado do idoso e de sua respectiva família, sempre mediada pela cultura e educação próprias.

3.2.3. Inter-relação dos principais conceitos que orientam o estudo

Ser humano: pessoa idosa, família e enfermeira (o)

Para Orem, seres humanos diferem de outros seres vivos por sua capacidade de refletir acerca de si mesmos e de seu ambiente circundante, de simbolizar aquilo que vivenciam usando criações simbólicas (ideias e palavras) no pensamento, na comunicação e no direcionamento de esforços para realizar e fazer coisas que trazem benefícios a si mesmos e a outrem. Completa dizendo que o funcionamento humano é integrado, incluindo aspectos físicos, psicológicos, interpessoais e sociais graças ao seu potencial para aprendizagem.

No presente estudo, o ser humano em foco é a **pessoa idosa** que vivencia seu processo de envelhecimento; é um ser único, capaz de refletir e tomar decisões, com potencial para competências várias, podendo necessitar de apoio-educação por parte da enfermagem. É capaz de exercer autonomia dentro de suas limitações físico-funcionais, psicológicas, interpessoais e sociais, quando apoiada e orientada pela enfermeira e outros profissionais, para adquirir novas competências para o autocuidado em situações emergentes das mais variadas circunstâncias de vida e saúde.

Enquanto ser humano, a pessoa idosa constitui-se num sistema único e traz consigo crenças e valores pessoais, culturais e sociais, aliados a medos e

angústias que podem influenciar direta ou indiretamente os comportamentos de autocuidado, exigindo da enfermeira atenção diligente para identificar déficits de competência para o autocuidado e apoiá-lo para influir positivamente no ganho de novas e adequadas competências. Todavia, com o avançar da idade, o idoso poderá fragilizar-se e necessitar de cuidados especiais desenvolvidos por si próprio ou por outrem em seu viver diário.

Geralmente, em nosso meio, essa outra pessoa cuidadora é um membro familiar. Assim, torna-se unidade autocuidadora aquela família que possui idoso fragilizado e dependente e/ou em situação de terminalidade que requer cuidados altruísticos e humanísticos. Em tal situação, a enfermagem tem papel importante, mormente no atendimento domiciliar, quando ela se vale de tecnologias de cuidado apropriadas ao apoio à família como unidade de autocuidado.

O ser humano enfermeira (o) cuida profissionalmente dos usuários idosos e de seus respectivos familiares nesse processo cuidativo, durante todo o percurso do envelhecimento, cuja longevidade, segundo a estatística, vem alongando-se cada vez mais; compartilhando seu saber profissional e atuando, a (o) enfermeira (o), ao usar as concepções de Orem, nos diferentes níveis de competência de autocuidado do idoso e dos familiares, busca despertar potenciais competências a favor de práticas e cuidados da vida e da saúde, fazendo refletir a necessidade de conquistar um viver condigno cidadão entre todos os indivíduos, grupos – como as famílias – e toda a coletividade circundante.

Meio ambiente /Comunidade/ Sociedade

Para Orem, sociedade é o espaço geográfico de determinada comunidade, compartilhado por um meio comum e por pessoas que tenham interesses parecidos. As comunidades apresentam características diferentes, entre as quais: localização geográfica e climática, desenvolvimento industrial e comercial, oportunidades de emprego, ocupação, costumes e formas de comportamento.

Em seus escritos, Orem afirma que a saúde de uma sociedade ou de uma comunidade específica varia de acordo com o estilo de vida das pessoas e suas situações de saúde, e que o bem-estar pode ser afetado tanto positiva quanto negativamente pela estabilidade ou mudança das condições do contexto ambiental, físico, social e político.

O meio ambiente é um subconceito de ser humano segundo Orem, pois esse conceito entra em sistema integrado com o ser humano, nunca isolado um do outro, pois juntos exercem influências mútuas em busca por competências de autocuidado em diferentes áreas e níveis.

Na presente pesquisa, entendemos ambiente, comunidade e sociedade como um sistema integrado no qual pessoas idosas, famílias e a comunidade circundante formam juntos um contexto mais amplo de ambiente doméstico e comunitário societal em todas as suas dimensões sociocultural, política, socioeconômica e religiosa. Assim sendo, podemos entender que os idosos e famílias inseridos em determinada comunidade sofrem influências do contexto de meio ambiente, das dimensões socioeconômicas, culturais e políticas em seu estilo de vida e saúde. Além disso, a comunidade que convive com pessoas idosas mantém vivas as tradições culturais com crenças e valores, as quais devem merecer especial atenção da enfermagem para preservá-las e valorizá-las, agregando-as às competências profissionais para juntos – enfermeira e usuários – buscarem inovação de competências de autocuidado em áreas emergentes do envelhecimento com vistas ao melhor bem-viver das pessoas e famílias.

Vida e Saúde / Envelhecimento

De modo geral, Orem compartilha com a definição de saúde da Organização Mundial de Saúde (OMS), como sendo o estado de bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de enfermidade. Considera também a saúde como base dos cuidados preventivos, incluindo a promoção e manutenção da saúde (prevenção primária), o tratamento das doenças e reabilitação (prevenção secundária) e a prevenção de complicações

(prevenção terciária). Essa concepção tradicional de prevenção, aplicável ainda nos dias atuais, sofreu um acréscimo oriundo da Organização Mundial de Médicos de Família (2010), que adota mais um nível, a *prevenção quaternária*, que significa detecção de indivíduos em risco de terapêutica excessiva, para protegê-los de novas intervenções médicas inapropriadas e sugerir-lhes alternativas eticamente aceitáveis e a prevenção da iatrogenia (MORAES, 2012; MENDES, 2012). Esta, sem dúvida, um dos grandes desafios da saúde pública deste século, é considerada como grande síndrome geriátrica, principalmente nos idosos frágeis usuários de polifarmácia. É resultante do desconhecimento das alterações fisiológicas do envelhecimento e das peculiaridades da abordagem ao idoso (BRASIL/MS, 2006; MORAES, 2012), daí a relevância de incluir o conceito de envelhecimento neste marco de referência.

A saúde no envelhecimento com meta de envelhecimento saudável, e ainda de envelhecimento ativo, torna-se essencial, pois a saúde aqui não é uma condição estanque, é um processo duradouro, contínuo de cuidados da vida da pessoa enquanto envelhece. Instrumentalizada com conhecimentos e habilidades específicas gerontogeriátricas, a enfermeira cuida da vida do ser envelhecido em quaisquer circunstâncias (sofrendo ou não doenças, estando em situação de cronicidade e fragilização, sofrendo acidentes ou agravamentos), privilegiando sempre o viver condigno, com ajudas ou não, com competências de autonomia e independência por mínimas que sejam e com dependência quase total ao fim da vida. O cuidado humano é incondicional e transcende qualquer determinação técnica médico-institucional de saúde: ele acontece pautado pela ética humanística.

O processo de Envelhecimento é entendido como indicativo de involução morfológica e funcional que afeta a maioria dos órgãos e leva a um gradual declínio no desempenho funcional dos indivíduos, culminando com a morte, podendo ser o envelhecimento biológico (organismo) e psíquico (psiquismo). Entretanto, o envelhecimento normal não afeta a capacidade de decisão (autonomia) nem de execução (independência) do indivíduo (FIOCRUZ, 2008).

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa considera que “o conceito de saúde para o indivíduo idoso se traduz mais pela sua condição de

autonomia e independência que pela presença ou ausência de doença orgânica” (BRASIL/MS, 2006).

O foco da saúde está estreitamente relacionado à funcionalidade global do indivíduo, definida como a capacidade de gerir a própria vida ou cuidar de si mesmo, ou seja, autonomia e independência (MORAES, 2011).

Em se tratando da pessoa idosa que vive a sua vida envelhecendo e, portanto, num estado dinâmico e contínuo de vida, no qual cada dia é diferente, adotou-se para organizar esse marco conceitual incluir o conceito de envelhecimento ativo, para melhor espelhar o estado de vida e saúde de quem envelhece.

O termo “envelhecimento ativo”, adotado pela OMS no final dos anos 90, busca transmitir uma mensagem mais abrangente do que “envelhecimento saudável”, e reconhecer, além dos cuidados com a saúde no sentido estrito, outros fatores que afetam o modo como os indivíduos e as populações envelhecem. Logo, o envelhecimento ativo conforme OPAS (2005) “*é o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas*”. Tem como objetivo 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.

Por isso o Ministério da Saúde tem incluído, em suas políticas, os preceitos do envelhecimento ativo para alavancar esforços intersetoriais crescentes com vistas a alcançar os grandes objetivos desse processo: oferecer à população melhor estado de saúde, para que as pessoas alcancem a idade mais avançada.

Enfermagem

Segundo Orem, enfermagem é um serviço, uma arte e uma tecnologia. Como serviço, ajuda seres humanos no seu desempenho de ações deliberadas pelo enfermeiro, mantendo e alterando sua própria competência ou os fatores

ambientais. Como arte, é a habilidade de assistir pessoas na gerência do autocuidado, e como tecnologia, refere-se a conjunto de informações sistematizadas para obter resultados.

Atualmente, a enfermagem vem adotando a tecnologia de cuidado assumindo as concepções de Merhy *et al.* (1997), que define tecnologia como a apropriação de certos saberes constituídos para gerar e utilizar produtos e para organizar as relações humanas. Nessa óptica, a enfermagem utiliza a tecnologia de processo interligada ao cuidado, fazendo com que o cuidado em enfermagem seja um trabalho vivo em ato, sistematizado e organizado técnica e cientificamente, que resulte, em quem está sendo cuidado, cuidados resolutivos à situação requerida, momentos de conforto e bem-estar e contribuindo, de modo geral, para um viver mais saudável e com mais qualidade ou para uma morte mais tranquila possível.

Com a crescente inovação tecnológica, estão à disposição dos profissionais, principalmente de enfermeiras (os) e usuários, os mais diversos tipos de tecnologias, como: educacionais, assistenciais (cuidativos) e gerenciais (BARRA *et al.*, 2006).

A tecnologia educacional no cuidado de enfermagem deve ser parte das ações cuidativas, pois admitimos que os atos de ensinar/aprender faz parte dos cuidados de enfermagem no senso lato. Assim, a tecnologia cuidativo-educacional é matéria do presente estudo.

A enfermagem gerontológica, especialidade que estuda o cuidado de pessoas idosas e de todo o seu entorno, tem a missão de agregar conhecimentos sedimentados do processo de envelhecimento humano, como também de conhecimentos em construção contínua; de buscar conhecimentos de e em enfermagem acerca das necessidades de vida e saúde das pessoas idosas e da população idosa em geral e em contextos geográfico-culturais específicos e que requerem atenção de enfermagem específica ou atuação interdisciplinar; contribuir na sedimentação de conhecimentos específicos de ações/atuações de enfermagem, por meio de estudo e pesquisa, testando/experimentando tecnologias cuidativas, educacionais, gerenciais de cuidado, entre outras, na construção de conhecimentos, competências e habilidades na enfermagem gerontológica; de contribuir com reflexões diligentes para atualização e aprimoramento de políticas públicas sociais,

educacionais e de saúde, entre outras, a favor do viver condigno e cidadão das pessoas idosas e que isso reflita na população geral (GONÇALVES, ALVAREZ & SANTOS, 2011).

No cuidar da enfermagem gerontológica, podemos considerar, como um processo dinâmico e condicionado, a interação e ações planejadas com base no conhecimento e no respeito à realidade da pessoa idosa e sua respectiva família.

Na presente pesquisa, o cuidado à pessoa idosa, entendido como enfermagem necessária, tem papel específico de educar, realizando atividades educativas, fornecendo apoio e informações para que a pessoa idosa reflita, aprenda, discuta e proponha ações para o autocuidado, motivando-se para a autonomia e a independência e sendo protagonista de seu próprio envelhecer com qualidade.

3.3.Tecnologia de cuidado leve e leve-dura de Merhy e sua aplicação na enfermagem

O termo tecnologia vem do grego "*tekhne*" que significa "*técnica, arte, ofício*" com o elemento de composição pospositivo "*logia*", que significa "estudo", sendo tecnologia um produto da ciência e da engenharia que envolve um conjunto de instrumentos, métodos e técnicas que visam à resolução de problemas, num processo que envolve diferentes dimensões e do qual resulta um produto, que pode ser um bem durável, uma teoria, um novo modo de fazer algo, em bens ou produtos simbólicos (ROCHA *et al.*, 2008).

Para Merhy *et al.*,(1997), as tecnologias não podem ser aplicadas somente às máquinas, porque vivemos numa era tecnológica em que muitas vezes a concepção do termo tecnologia tem sido utilizada de forma enfática, incisiva e determinante, porém equivocada, na nossa prática diária, uma vez que tem sido concebida, corriqueiramente, apenas como produto ou equipamento.

A tecnologia compreende certos saberes constituídos para gerar e utilizar produtos e para organizar as relações humanas (MEHRY *et al.*, 1997).

Para Merhy (2002), as tecnologias envolvidas no trabalho em saúde podem ser classificadas em: leves (como no caso das tecnologias de relações do tipo de produção de vínculo, autonomização, acolhimento, gestão como uma forma de governar processos de trabalho); leve-duras (como no caso de saberes bem estruturados que operam no processo de trabalho em saúde, como a clínica médica, a clínica psicanalítica e a epidemiologia (...)); e as duras (como no caso de equipamentos tecnológicos do tipo máquinas, normas, estruturas organizacionais). Barra *et al.* (2006) relatam que as três categorias delineadas estão estreitamente interligadas e presentes no agir da enfermagem.

Numa visão mais ampliada, a tecnologia é concebida como processo, como atividade reflexiva, o que implica conhecimento científico, relações, instrumentais, saberes estruturados, e como produto (PRADO *et al.*, 2009).

Para Barra *et al.* (2006), tecnologia em saúde – material ou não – compreende os saberes específicos, procedimentos técnicos, instrumentos e equipamentos utilizados nas práticas de saúde. Enfatizam ainda que a enfermagem cresceu e desenvolveu-se com o advento da tecnologia, seja ela dura, leve-dura ou leve.

Meier (2004) vê a característica da tecnologia em enfermagem como peculiar, pois no cuidado ao ser humano não é possível generalizar condutas, mas sim adaptá-las às mais diversas situações, a fim de oferecer um cuidado individual e adequado ao indivíduo; e Koerich *et al.*, (2006) complementam: “a tecnologia moderna não só produz máquinas e ferramentas físicas, mas também organiza e sistematiza as atividades”, o que nos leva a compreender que a tecnologia abarca um conjunto de ferramentas que dá dinamicidade às ações (TEIXEIRA & FERREIRA, 2009).

Para Ayres (2006), a humanização da atenção à saúde consiste num “compromisso das tecnociências da saúde, em seus meios e fins, com a realização de valores relacionados à felicidade humana e democraticamente validados como bem comum”. E para a Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde (2006), humanizar é fornecer assistência de qualidade articulando as tecnologias avançadas com o acolhimento, com melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais.

E ainda, Merhy (1997) reforça que o acesso aos serviços de saúde é um direito do cidadão, e os técnicos da saúde deverão lançar mão de todas as tecnologias disponíveis para diminuir o sofrimento da população. O acolhimento é a relação humanizada, acolhedora, que as instituições e os trabalhadores de saúde devem estabelecer com os usuários. O acolhimento é indispensável ao processo de criação de vínculo e ao próprio processo terapêutico, que deve visar à autonomização do usuário, podendo ser utilizadas abordagens construtivas e dialógicas nas interações entre o enfermeiro e o usuário (ROSSI & LIMA, 2005).

Como exemplo de tecnologia leve visando não somente à autonomização do paciente, mas também do seu familiar, Gonçalves & Schier (2005), em seu relato de experiência sobre uma tecnologia leve de ação aplicada em idosos hospitalizados e seus familiares acompanhantes, aplicaram uma tecnologia leve de educação em saúde nomeada “Grupo Aqui e Agora”, um novo processo de trabalho que inclui a prática de acolher o cliente, formar vínculos e favorecer ao cliente a percepção e a compreensão do autocuidado como essencial à manutenção da autonomia e independência do viver com qualidade, conforme sua própria vontade.

O ato de cuidar é a alma dos serviços de saúde, pois o objeto da saúde não é a cura, nem a promoção e proteção da saúde, mas a produção do cuidado, por meio do qual se acredita ser possível atingir a cura e a saúde, que são de fato os objetivos almejados (MERHY, 2002).

Estudo de Balbino *et al.* (2009) sobre a aplicação da tecnologia do cuidado aos pacientes, uma revisão integrativa da literatura, considera:

A presença do Enfermeiro é de extrema importância para o cuidado e para a garantia da qualidade assistencial prestada ao cliente; com isso é necessário um equilíbrio entre a tecnologia e o verdadeiro papel do enfermeiro, pois ele como ser pensante realiza tecnologias diversificadas ao cuidar sistematicamente. Vale ressaltar a importância do toque, o olhar atento, a percepção de um desconforto observada através de sinais e sintomas e até mesmo a expressão facial que revela a melhoria do quadro clínico apresentado, como fator crucial para realização de novas tecnologias em benefício da preservação da integridade e da manutenção do bem estar do indivíduo, pois este tipo de tecnologia desenvolvida, jamais será substituído por qualquer artefato, maquinários tecnológicos, por mais avançados e eficazes que sejam (BALBINO *et al.*, 2009).

Para Barra *et al.*, (2006) a enfermagem cresceu e desenvolveu-se com o chegada da tecnologia, seja ela dura, leve-dura ou leve. E ainda o desenvolvimento e a evolução tecnológicos repercutiram na Enfermagem de duas formas: a primeira foi com a mudança do tipo e da intensidade do cuidado de Enfermagem; e a segunda foi sobre o provimento desse cuidado e sobre aqueles que o prestavam, já que papéis, valores e padrões de trabalho foram influenciados pelos níveis de tecnologia que estão em constante mutação. Entretanto, Rossi & Lima (2005) alertam que “(...) *existe um hiato entre o desejado/idealizado e o vivido/concretizado nos processos de cuidado do enfermeiro*”.

Silva, Alvin & Figueiredo (2008), na pesquisa que realizaram sobre tecnologias leves e cuidados em enfermagem, lembram que no campo da enfermagem essas tecnologias integram o ato de cuidar em si, relacionadas às diferentes formas de interação com o cliente, na perspectiva do cuidado humano: a relação se expressa interpessoalmente, entre a enfermeira, que presta o cuidado, e o cliente, que participa do cuidado.

Em artigo sobre grupos de convergência para o desenvolvimento de tecnologias, Trentini & Gonçalves (2000) descrevem diferentes estratégias para produzir saúde, que vão desde o cuidado individualizado até o cuidado coletivo com grupo de usuários.

A área da saúde experimenta notável desenvolvimento científico e tecnológico, mas, ao mesmo tempo, vem enfrentando uma crise nas práticas de saúde. Surgem diversas propostas para a sua reconstrução, como integralidade, promoção da saúde, humanização e vigilância da saúde. Um dos caminhos para desenvolver o cuidado gerontológico é a abordagem do idoso enquanto cidadão e protagonista do seu cuidado e/ou tratamento (HAMMERSCHMIDT, 2010). Nesse contexto, o cuidado gerontológico é direcionado por um conceito ampliado do processo saúde/doença, com vistas à melhoria da qualidade de vida dos idosos (PORTELLA, 2010).

Entretanto, pesquisas e estudos na área de tecnologia para os idosos mostram que há uma carência de capacitação e suporte para os profissionais e, principalmente, para os cuidadores familiares/leigos, indicando a necessidade de mais pesquisas nessa área.

Capítulo 4

4. TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

4.1. Caracterização do estudo

Para encontrar resposta à questão de pesquisa optou-se pelo método misto segundo Creswell (2010), pois tal abordagem amplia o entendimento do fenômeno em estudo, incorporando e combinando diferentes métodos, técnicas e procedimentos, para maior compreensão da problemática e busca de respostas. Do método misto, optou-se pelo tipo sequenciado: na primeira instância procedeu-se à avaliação diagnóstica de condições de vida e saúde dos idosos, inscrita no 1º objetivo, e em seguida o teste do desenvolvimento de tecnologia cuidativo-educacional com vistas ao cultivo do envelhecimento ativo e saudável, matéria do 2º objetivo.

A abordagem da pesquisa adotada foi a da Pesquisa Convergente-Assistencial (PCA), um tipo de pesquisa ação, estudo empregado na área assistencial e cujos sujeitos da pesquisa são os atores diretos do estudo, envolvidos na orientação para resolver ou minimizar os problemas da prática, ou para realizar mudanças e/ou introduzir inovações nas práticas de saúde, no contexto em que ocorre a investigação (PAIM *et al.*, 2008).

Trentini & Paim (2004), idealizadoras desse método, asseveram que é útil para descobrir realidades, resolver problemas específicos ou introduzir inovações em situações específicas, em determinado contexto da prática assistencial, caracterizando-o como trabalho de investigação, pois se propõe refletir a prática assistencial com base em fenômenos vivenciados no seu contexto, o que pode incluir construções conceituais inovadoras. As autoras relatam que a PCA vem sendo adotada em estudos com pessoas que necessitam de educação, demonstrando bons resultados, como influências no

estilo de vida e mudanças evolutivas na realidade dos cenários da prática educativo-assistencial e da própria investigação científica (TRENTINI & PAIM, 2004).

4.2. Contexto e local do estudo

A pesquisa foi desenvolvida numa unidade municipal de saúde de Belém, a UMS de Guamá, localizada no Bairro homônimo, escolhida por atender uma região populosa com grande número de invasões, marcada pela pobreza e pela violência urbana. É também campo de prática acadêmica dos cursos da área da saúde da Universidade Federal do Pará.



Figura 02- Mapa da região metropolitana destacando o município de Belém.
Fonte: arquiocesedebelem.org.br, 2012.

Essa unidade tem cadastro aproximado de 25.265 usuários aos quais atende em clínica geral, pediatria, ginecologia, dermatologia e pneumologia, além de diagnosticar e tratar tuberculose e hanseníase. Oferece aos usuários programas como: de saúde mental; pré-natal e saúde da criança, incluindo o teste do pezinho e vacinação; controle do tabagismo, e ainda o Programa Hiperdia (BRASIL/MS, 2006), dirigido a portadores de hipertensão arterial e

diabetes mellitus (geralmente adultos e idosos), com o objetivo de acompanhá-los e garantir o recebimento dos medicamentos prescritos, desencadeando estratégias de saúde pública que almejam proporcionar melhoria da qualidade de vida dessas pessoas e reduzir o custo social.

Nessa UMS funciona um grupo denominado “*Celebra-Idade*”, destinado a reunir semanalmente pessoas a partir de 50 anos de idade, com objetivo de promover seu crescimento pessoal e interpessoal através de ações que favorecem o processo integrativo e a valorização da pessoa idosa, oportunizando preenchimento útil do tempo com programação de descoberta de novos interesses e incentivo à reconstrução da autoimagem para aquelas que necessitam protagonizar a própria velhice com mais qualidade.

Tal projeto é coordenado atualmente por uma assistente social. Foi criado em 2008, por uma psicóloga da unidade, preocupada com o índice elevado de pessoas maduras e idosas em depressão ou em processo depressivo, na suposição de que um grupo de convivência traria benefícios para essas pessoas. Mantém-se até hoje funcionando e aberto a todos até como espaço de prevenção de estado depressivo, como de outros benefícios maiores de socialização e de busca de desenvolvimento pessoal e grupal maior. Atualmente estão inscritas cerca de 145 pessoas nesse Grupo, todos usuários da UMS do Guamá, com idades de 50 a 85 anos, predominando participantes do sexo feminino.

4.3. Os participantes da pesquisa

Usuários idosos participantes do grupo de convivência “*Celebra Idade*” foram convidados a responder ao questionamento para a consecução do primeiro objetivo. A seleção dos respondentes foi intencional: quando o idoso chegava para participar do grupo, antes de iniciar as atividades, recebia o convite e quando aceitava era imediatamente conduzido a responder ao questionário, em local reservado. Perfizeram uma amostra de 30 idosos, dos quais os dados foram obtidos no período compreendido entre 07.11.12 e

05.02.13. Os participantes da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (Apêndice A).

Para garantir seu anonimato, os sujeitos foram identificados por codinome relacionado a flores, as quais levam a ideia de sentimentos compartilhados.

Já para a amostra da prática de desenvolvimento da tecnologia cuidativo-educacional (2º objetivo), sob a forma de trabalho em grupo de educação em saúde, foram convidados todos os participantes da consecução do primeiro objetivo. O único critério de inclusão foi que o aceitante assumisse o compromisso de assiduidade às reuniões semanais que se alongariam por 2 meses. Formou-se um grupo de 13 idosos (12 mulheres e 1 homem) que se comprometeram e cumpriram assiduamente as atividades das 7 reuniões entre 24/04/2013 e 26/06/2013.

4.4. Operacionalização do estudo

O método e a técnica de questionamento e levantamento (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004), selecionados para alcançar o 1º objetivo: as condições de vida e saúde do idoso convivendo em família e comunidade foram avaliadas aplicando-se a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa do Ministério da Saúde (Anexo A) e o APGAR de Família de Smilkstein (Anexo B).

Ferramenta de avaliação multidimensional gerontológica criada em 2007 (BRASIL/MS, 2008), a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa do Ministério da Saúde identifica situações de riscos potenciais para a saúde da pessoa, tendo como função primordial propiciar um levantamento periódico de condições de vida e saúde do indivíduo idoso que possam interferir no seu bem-estar, reconhecer a população idosa cadastrada pelas equipes de saúde da família e ainda estabelecer critérios de risco para priorizar o atendimento; com isso, fornece ao profissional da equipe de saúde dados para planejar e organizar ações para promover envelhecimento ativo, prevenir possíveis fragilizações e agravos, principalmente de condições crônicas, controle de morbididades presentes e cuidados continuados.

A caderneta de saúde da pessoa idosa é preenchida no momento da realização da visita domiciliar, onde haja um morador com 60 anos de idade ou mais, ou na unidade de saúde quando a pessoa vai se consultar. Assim, deve-se deixar a pessoa respondente à vontade para citar o que achar conveniente, pois a Caderneta é um documento que a pessoa idosa deve carregar consigo e pode, eventualmente, ser acessada por outras pessoas (BRASIL/MS, 2008).

Nessa caderneta constam informações como: identificação do idoso, relações familiares, escolaridade, problemas de saúde, ocupação, ocorrência de quedas e internações nos últimos 5 anos, vacinas e polifarmácia, entre outras. Em 2012 foi lançada a segunda edição da caderneta, devidamente revista pelo Ministério da Saúde e contendo algumas alterações, como a dimensão, que ficou maior, de modo a abrigar mais informações, como: se o idoso necessita de cuidados do dia a dia, avaliação das Escalas de AVDs básicas e AVDs instrumentais, se precisa de ajuda para caminhar sozinho, avaliação com perguntas sobre problemas de memória, de comunicação, saúde bucal, presença de situações de risco para fragilidade e diagnóstico do risco de fragilidade (BRASIL/MS, 2012).

O APGAR de família, desenvolvido por Smilkstein em 1978, proveniente da língua inglesa e validado transculturalmente no Brasil (Duarte, 2001) para a avaliação funcional de famílias de pessoas idosas, medindo o grau de satisfação que apresenta a pessoa entrevistada com respeito à dinâmica de funcionamento de sua família. Procura responder aos seguintes aspectos: Adaptation (adaptação), Partnership (companheirismo), Growth (desenvolvimento), Affection (afetividade) e Resolve (capacidade resolutiva).

1- Adaptação - relacionada aos recursos familiares oferecidos quando é necessária uma assistência;

2- Companheirismo - compreende a reciprocidade nas comunicações familiares e na solução de problemas;

3- Desenvolvimento - associado à liberdade, disponibilidade da família para mudanças de papéis e para alcance de maturidade ou desenvolvimento emocional;

4- Afetividade - relacionada à intimidade e às interações emocionais no contexto familiar;

5- Capacidade Resolutiva - associada à decisão, determinação ou resolutividade existentes numa unidade familiar.

O reconhecimento da dinâmica de funcionamento familiar permite identificar as percepções individuais dos valores da família como recurso psicossocial (escore elevado) ou como suporte social deficitário e possível fator estressor (escore baixo); detecta disfunções e possibilita a intervenção precoce na busca do reequilíbrio dessa estrutura de relações e na melhoria da qualidade assistencial prestada ao idoso (DUARTE, 2001).

Portanto, o APGAR permite verificar indícios de disfunção familiar, possibilitando um planejamento assistencial precoce na busca de reequilíbrio dessa estrutura de relações e melhoria da qualidade assistencial prestada ao idoso para o alcance da intervenção e do sucesso terapêutico (BRASIL/MS, 2006). Os domínios citados são avaliados por meio de cinco questões simples às quais são atribuídos valores, que ao final são somados, resultando num escore total cuja representação numérica se relaciona com a condição de funcionalidade familiar (boa funcionalidade, moderada ou alta disfuncionalidade): 0 a 4 = elevada disfunção familiar; 5 e 6 = moderada disfunção familiar; 7 a 10 = boa funcionalidade familiar (DUARTE, 2001).

Altos índices do APGAR demonstram maior capacidade de adaptação da família à nova situação e possíveis e prováveis mudança de papéis, enquanto baixo índice pode representar um ambiente estressante, de baixa adaptabilidade à nova situação e pode requerer intervenções apropriadas e urgentes.

Para alcançar o 2º objetivo, relativo à testagem do desenvolvimento da presente tecnologia cuidativo-educacional, optou-se por aplicar, ao grupo de educação para a saúde, o chamado grupo de convergência, do método da PCA na modalidade de trabalho em grupo. O grupo de convergência 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*, descritas como (p. 73):

- 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.

Assim, os procedimentos previstos para desenvolver o estudo obedeceram aos preceitos da pesquisa convergente assistencial (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 sete encontros.

Os encontros ocorreram numa sala da unidade de saúde do Guamá, com duração máxima de uma hora; as datas dos encontros foram acordadas com os participantes, sempre enfatizando o compromisso de assiduidade, lembrando que o desenvolvimento da tecnologia educacional era coletivo, num processo de criação mútua e aperfeiçoamento ao longo das sessões.

O primeiro e o último encontro tiveram objetivos específicos: o primeiro, para acolhimento, apresentação e discussão do resultado do diagnóstico do 1º. Objetivo; a partir dessa discussão, surgiam prováveis temas a serem debatidos nos próximos encontros, que emergiram do resultado desse diagnóstico, assim como a introdução da pesquisadora dos trabalhos a repartir com o grupo; e o último, para síntese, avaliação da construção realizada e o repensar de

trabalhos futuros. Os demais encontros (2º ao 6º) foram pensados segundo a perspectiva dos participantes, repartindo as temáticas de maior interesse para a discussão concernente à temática abordada e discutida. Assim, um roteiro de observação e registro dos encontros (Apêndice B) e o calendário-guia (Apêndice C) para cada sessão foi preenchido à medida que as decisões eram tomadas pelo grupo e atualizadas, sempre que houve necessidade.

O conteúdo programático e procedimentos pedagógicos detalhados previstos, sempre sujeitos a modificação no transcurso da implantação do processo, seguem abaixo.

1º Encontro

Este primeiro encontro teve como objetivo sensibilizar os participantes a frequentarem os encontros do grupo para testar a tecnologia cuidativa-educativa e apresentar o primeiro objetivo da pesquisa: a avaliação diagnóstica das condições de vida e saúde da amostra de idosos, da qual os participantes são integrantes. Foram previstos os seguintes procedimentos:

- a) Acolhimento dos participantes, estabelecimento de regras de trabalho grupal incluindo a ética de grupo, acordos gerais de construção de trabalho coletivo e compromissos.
- b) Apresentação da proposta de desenvolvimento/testagem da tecnologia cuidativo-educacional com base na avaliação diagnóstica das condições de vida e saúde da amostra de idosos, da qual os participantes são integrantes. Para tal, apresentou-se aqui a síntese desse diagnóstico (Anexos A e B) para validação, retificação e ampliação pelos componentes do grupo.
- c) Debate entre os participantes, mediado pela enfermeira pesquisadora, buscando inspiração para pensar, com base no seu diagnóstico revisto, busca de conhecimentos (definindo-os) e de modos de agir para um comportamento de vida e saúde desejável e possível. Desse debate emergiram temáticas a trabalhar nos próximos cinco encontros, tais como: no 2º encontro foi a vez do preconceito contra a pessoa idosa; 3º, alimentação saudável; 4º, a memória; 5º, a sexualidade na velhice; 6º, os direitos da pessoa idosa e finalmente o 7º foi sobre a funcionalidade familiar e avaliação do grupo.

d) Definição grupal de estratégias a adotar no trabalho proposto e estabelecimento de acordos para realizá-lo dali em diante.

e) Avaliação (10 minutos) do desempenho do grupo em termos: de participação de todos os presentes, da coordenação da pesquisadora mediadora, apoiada pela observadora (membro observador do grupo); da consistência do conteúdo discutido; e das ideias criativas e contributivas no avanço da testagem do desenvolvimento da tecnologia cuidativa-educacional.

O encontro transcorreu como previsto, apresentando-se muitas indagações e dúvidas sobre os demais encontros, mas todos os questionamentos foram respondidos.

Do 2º Encontro ao 6º Encontro

Sempre articulado com o processo de bem envelhecer em busca de competências para o autocuidado, as temáticas foram introduzidas e trabalhadas, como descritos no 1º encontro.

a) A estrutura de trabalho grupal não mudou em todos os encontros, a menos que emergisse uma ideia inovadora no grupo que merecesse ser experimentada. Durante os encontros algumas dessas ideias surgiram, pois o grupo apreciava exercitar a ludicidade, daí ter sido preciso criar/implantar algumas estratégias lúdicas, tais como: caça-palavras, o que é o que é e palavras cruzadas, além do uso de músicas, vídeos e jogo da memória.

b) De posse da programação inscrita no Calendário-Guia de cada Encontro, foram implantadas as atividades, sempre mediadas pela enfermeira pesquisadora apoiada pela observadora do grupo. Tal mediação privilegiou a ação coletiva e horizontal, almejando a emancipação dos sujeitos participantes em direção à prática de cidadania na busca de seus direitos e deveres como cidadãos.

c) Independentemente da temática trabalhada no grupo, a enfermeira pesquisadora, com base no marco de referência fundamentada no autocuidado de Orem, como mediadora trouxe sempre às discussões: o pensar/repensar e

o agir em cuidados da vida e saúde e no enquanto se envelhece, certamente emergidos da visão de mundo imperante, dos costumes e dos valores, e convidava o grupo a refletir sobre os valores dos cuidados individuais e familiares tradicionais articulados com alguns cuidados, já praticados ou ao menos conhecidos e aceitos por eles, provenientes dos ensinamentos recebidos na unidade de saúde que frequentam.

d) Avaliação (10 minutos), como sempre em cada encontro, do desempenho do grupo em termos de cumprimento de compromissos assumidos pelos grupos para participar com formulação de síntese do conteúdo discutido, seus avanços e proposições de aprofundamentos futuros, entre outros.

Último Encontro

No último encontro foi trabalhada a dinâmica de funcionamento familiar e no final houve o encerramento dos encontros, com uma autoavaliação e avaliação em grupo, sobre os encontros no decorrer da pesquisa, tendo resultado positivo de crescimento pessoal e aprendizado, no discurso dos idosos.

a) Avaliação total da experiência de testagem do desenvolvimento da tecnologia cuidativo-educacional obtido em encontros grupais, considerando:

- Autoavaliação grupal de ganhos ou não, no desenvolvimento cognitivo, social e atitudinal de cada participante do grupo.
- Avaliação do trabalho produzido coletivamente, ou seja, de atos vivos cuidativo-educacionais acontecidos em sessões grupais, em termos de impacto na conformação de comportamentos de cuidados de saúde e do viver envelhecendo.
- Satisfação pessoal, ou não, pela participação em trabalho coletivo, no encorajamento para buscar a prática da cidadania.

b) Permissão do grupo para aplicar mais uma vez o APGAR de Família com o fim de comparar seus resultados com os da aplicação feita na fase diagnóstica

do estudo. Essa foi mais uma das formas de avaliar a tecnologia cuidativo-educacional no favorecimento da melhora, ou não, do bem-viver relacionado à saúde de seus participantes.

c) Comprometimento da enfermeira pesquisadora em retornar aos participantes do grupo e à equipe de saúde onde o estudo foi realizado, para apresentá-los posteriormente, e receber validação da própria fonte, o relatório formulado com os dados obtidos com eles, em trabalho de campo, na elaboração de sua dissertação de mestrado a ser sustentada na PPGENF/UFPA.

d) Agradecimentos, despedida e fechamento do trabalho grupal e comprometimento futuro da enfermeira pesquisadora com a UMS para discutir aplicação de possíveis tecnologias cuidativo-educacionais cabíveis às necessidades do serviço.

4.4.1 PROCEDIMENTOS ADOTADOS PARA ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Para melhor organizar os dados obtidos durante os encontros, as observações foram registradas no diário de campo junto ao calendário guia, com a ajuda da observadora do grupo.

A cada encontro as informações e observações foram registradas contemplando dados do ato cuidativo-educacional realizado, apresentando uma atitude interpretativa, reflexiva e sistematizada. Desse modo, procurou-se envolver a pesquisadora e os idosos nos encontros, mantendo as etapas do processo em paralelo com a busca das respostas à questão de pesquisa.

Trentini & Paim (2004, p. 91-92) esclarecem:

na pesquisa convergente assistencial, os processos de assistência e de coleta e análise de informações deverão ocorrer simultaneamente, o que facilitará a imersão gradativa do pesquisador nos relatos das informações, a fim de refletir sobre como fazer interpretações e descobrir vazios que poderão ser preenchidos ao longo do processo (TRENTINI & PAIM, 2004, p. 91-92).

As autoras referem que toda pesquisa que use a PCA como método deverá seguir uma sequência de processos: *apreensão, síntese, teorização e recontextualização* (TRENTINI & PAIM, 2004). É o que se relata a seguir: as etapas cumpridas ao longo do desenvolvimento desta pesquisa.

- Processo de Apreensão: essa etapa iniciou-se com o registro de dados do ato cuidativo-educacional, com organização apropriada dos dados, interpretados pela pesquisadora de acordo com o referencial teórico adotado. Todos os atos foram organizados e registrados em diário de campo, descritos como relatos da pesquisadora (RP), e consistiram nas ocorrências importantes, contendo também as notas da observadora de grupo (NO), que abrangeram informações não notadas/identificadas pela pesquisadora durante o evento e interações sobre os encontros. Notas reflexivas (NR) foram registradas à medida que a pesquisadora já percebia alguma interpretação.

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-chaves e outros. Isso feito, iniciou-se a formação de categorias que consistiu num conjunto de expressões com características similares.

O processo de apreensão foi obtido quando já havia dados suficientes para realizar o relato completo, detalhado e coerente do conjunto das informações.

- Processo de Síntese: é a parte propriamente dita de análise que examina subjetivamente as associações e variações das informações (TRENTINI & PAIM, 2004); nessa fase voltei por várias vezes à fase de apreensão para aprofundar as informações trabalhadas e me familiarizar mais com elas.
- Processo de teorização: esta fase consiste em descobrir os valores contidos nas informações, que auxiliam a formular pressupostos e questionamentos (TRENTINI & PAIM, 2004). Neste estudo, a tecnologia cuidativo-educativa levou o grupo a empoderar-se para o autocuidado o

que fez pressupor que assim a enfermagem tende a fortalecer as competências para o autocuidado, como demonstrado no item 5.3, onde os valores contidos nas atividades e ações realizadas e discutidas pelos idosos no grupo de convergência foram classificados em dois tipos de subcategorias de autocuidado – autocuidado em desvio de saúde: enfrentamento da cronicidade; e requisito de autocuidado desenvolvimental: o idoso como protagonista se seu próprio envelhecimento.

- Processo de Transferência: ocorre a significação de determinados achados e descobertas, procurando contextualizá-los em situações similares, sem ser entendida como generalização; pelo contrário, no processo de transferência, o que se espera é a socialização dos resultados singulares (TRENTINI & PAIM, 2004). É o que espero ter feito ao discutir os resultados em cada uma de suas partes, culminado nas considerações finais e implicações.

4.5. Cuidados éticos em pesquisa com seres humanos

No desenvolvimento desta pesquisa foram respeitadas as normas e diretrizes para a realização de pesquisas envolvendo seres humanos, contidas na Resolução nº 466/12 de 10 de outubro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Seguimos os seguintes princípios: a) consentimento livre e esclarecido dos indivíduos-alvo e a proteção a grupos vulneráveis e aos legalmente incapazes (autonomia). Nesse sentido, a pesquisa envolvendo seres humanos deverá sempre tratá-los em sua dignidade, respeitá-los em sua autonomia e defendê-los em sua vulnerabilidade; b) Ponderação entre riscos e benefícios, tanto atuais como potenciais, individuais ou coletivos (beneficência), comprometendo-se com o máximo de benefícios e o mínimo de danos e riscos; c) Garantia de que danos previsíveis serão evitados (não maleficência); d) Relevância social da pesquisa com vantagens significativas para os sujeitos da

pesquisa e minimização do ônus para os sujeitos vulneráveis, o que garante a igual consideração dos interesses envolvidos, não perdendo o sentido de sua destinação sócio-humanitária (justiça e equidade).

Após aceitarem participar, todos os participantes da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Apêndice A).

A presente pesquisa é parte do projeto Guarda-Chuva do PPGENF/UFPA financiado pelo CNPq - Edital Universal 14/2001*, já submetido ao CEP do ICS da Universidade Federal do Pará, que o aprovou, no processo protocolado sob nº 027/2012 (Anexo C).

NP - A presente pesquisa é parte da proposta intitulada: ***“Idosos de comunidades periféricas da Região Amazônica: cuidados da vida e saúde, cidadania e inclusão social no processo de envelhecimento”***, financiada pelo CNPq – Chamada Universal 114/2011– Processo 473327/2011-2, período 02/2012-02/2014, executada pela equipe de professoras pesquisadoras da UFPA/PPGENF, nos grupos de pesquisa EPOTENA e EDUGESPEN.

Capítulo 5

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

O capítulo apresenta resultados obtidos da análise dos dados e sua interpretação à luz dos referenciais teórico-metodológicos adotados de Autocuidado de Orem, da Tecnologia leve e leve-dura de Merhy e dos preceitos da gerontogeriatría. Apresenta-se inicialmente a avaliação diagnóstica das condições de vida e saúde dos usuários idosos da Unidade Municipal de Saúde (UMS) do Guamá, por meio da aplicação da caderneta de saúde da pessoa idosa do MS e do APGAR de família, para, em sequência, desenvolver a tecnologia cuidativo-educacional, com base nas necessidades detectadas na avaliação diagnóstica, tendo em vista o cultivo do bem-viver das pessoas idosas durante o envelhecimento.

5.1. Condições de vida e saúde e dinâmica familiar

5.1.1. AS CONDIÇÕES DE VIDA E SAÚDE

As condições de vida e saúde levantadas pelos dados contidos na caderneta de saúde da pessoa idosa se encontram na Tabela 04.

Tabela 04 – Variáveis sociodemográficas e de condições de vida e saúde dos usuários idosos da UMS Guamá/ Belém, Pará-2012.

Variáveis	n (30)	%
<u>Grupo etário</u>		
60-69 anos	15	50%
70-79 anos	15	50%
<u>Estado conjugal</u>		
Casado (a)	15	50%
Viúvo (a)	08	27%
Solteiro (a)/ separado (a)	07	23%
<u>Escolaridade</u>		
Analfabeto	03	10%
Até 4 anos	12	40%
Até 8 anos	11	37%
De 8 e + anos	04	13%
<u>Aposentado/Pensionista</u>		
Sim	22	72%
<u>Ocupação atual</u>		
Do lar	25	83%
Trabalha fora de casa	05	17 %
<u>Convívio familiar</u>		
Mora sozinho	01	3%
Com 1 a 5 pessoas	27	90%
Com 6 ou mais pessoas	02	7%
<u>Possível cuidador</u>		
Filha/nora/sobrinha/ neta	22	73%
Cônjuge	02	7%
Filho/genro	02	7%
Neto	04	13%
<u>Autopercepção da saúde</u>		
Muito boa /boa	13	43%
Regular	16	53%
Ruim/muito ruim	01	4%
<u>Hábitos de vida</u>		
Tabagismo - sim	03	10%
Bebida alcoólica - sim	08	27%
Atividade física - sim	22	73%
<u>Morbidade referida</u>		
Hipertensão arterial (HAS)	14	46%
Diabetes Mellitus (DM)	04	13%
HAS + DM	05	17%
HAS e Dislipidemia	02	07%
Osteoporose/Artrose	01	04%
Sem afecções	04	13%

<u>Usa Medicamentos</u>		
1 a 3 medicamentos	20	
+ de 3 medicamentos	05	
Total	25	83 %
<u>Vacina atualizada</u>		
Sim	25	83%
<u>FATORES DE VULNERABILIDADE</u>		
<u>Hospitalização nos 2 últimos anos</u>		
Sim	03	10%
<u>Quedas nos 2 últimos anos</u>	05	17%
Sim (60-69 anos)		

Dados dos 30 usuários idosos estudados, a maioria mulher, confirmam o que se observa comumente no cotidiano dos Serviços de Saúde. As usuárias mulheres costumam ser mais assíduas nas atividades oferecidas pelas unidades de saúde, para consultas, exames preventivos, campanhas de vacinação, além de envolver-se em atividade de grupo, de oficinas terapêuticas, o que as diferencia do comportamento dos homens, que costumam buscar unidade de saúde quando estão doentes ou com algum problema de saúde (CAMARANO, 2009). Tal tendência observada no cotidiano, de predomínio de mulheres nos serviços de saúde, tem sido registrada sistematicamente por muitos autores (CAMARANO, 2009; VICTOR *et al.*, 2009). A menor participação de homens, também em grupos de convivência, pode associar-se ao seu engajamento em atividades laborais, mesmo após a aposentadoria, com menor tempo livre para atividades lúdicas (BORGES *et al.*, 2010).

Nessa amostra, de maioria feminina, se deu a distribuição igualitária da faixa etária de 60-69 anos com 50% e a próxima de 70-79 anos com 50%, demonstrando que esse grupo parece estar envelhecendo bem e participando de atividades sociais, pois na maioria das regiões do Brasil, dados do Relatório de Síntese de Indicadores Sociais de 2010 mostram que os idosos mais jovens entre 60-69 anos são mais representativos dentro do segmento do idoso em geral (BRASIL/MS, 2010).

Em relação ao estado conjugal, predominaram as idosas casadas (46,6%). A proporção de idosos casados está crescendo em ambos os sexos, principalmente entre as mulheres, quando comparada com dados de 1940, quando aproximadamente 30% das idosas eram casadas, proporção esta que passou para 41% em 2000 (CAMARANO, KANSO & MELLO, 1999). Esses autores relatam que a redução da mortalidade na idade adulta deve ter contribuído para diminuição da viuvez e aumento na proporção de casados. Também a proporção de solteiros diminuiu no período, mais acentuadamente entre os homens.

A maioria das idosas estudadas tem escolaridade de 4 anos a 8 anos (79%). Tal dado, em nível acima do encontrado em amostras de idosas em condições socioeconômicas mais baixas, como (SOUZA, 2014) em estudo realizado na cidade de Benevides no Pará, onde 61,45% tinham até 4 anos de escolaridade, justifica que essas mulheres sejam as mais assíduas nas atividades ofertadas nos serviços de saúde a favor da conscientização para os cuidados com a saúde ao longo da vida.

Quanto à ocupação, a maioria é aposentada ou pensionista (72%). Mais uma vez verifica-se que a escolaridade das mulheres deve ter favorecido emprego ao longo da vida e usufruir atualmente de aposentadoria. Estudo realizado acerca da situação de idosos no mercado de trabalho brasileiro revela dados semelhantes (72%), demonstrando, ainda, que aposentadorias e pensões constituem a principal fonte de renda dos idosos brasileiros (LEBRÃO & LAURENT, 2005).

Quanto aos hábitos de vida, como tabagismo, etilismo e atividade física, apenas 10% fumam atualmente. A propósito, Peixoto, Firmo & Lima-Costa (2005) revelaram, no estudo do Projeto Bambuí, que o hábito de fumar da população idosa tende a reduzir ao longo do envelhecimento, com destaque para o sexo masculino.

Já em relação ao etilismo, 27% dos estudados disseram beber frequentemente. Em seu estudo com idosos, Barros *et al.* (2003) verificaram distintos padrões de consumo de álcool segundo gênero, idade e escolaridade. Adultos e idosos ingerem álcool com maior frequência, embora moderadamente, quando comparado aos adolescentes. Convém lembrar que o excesso de consumo de álcool, além de aumentar a PA, constitui-se numa das

causas de resistência à terapêutica anti-hipertensiva (VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO, 2010; BEEVERS & MACGREGOR, 2000), considerando que, na amostra estudada, metade sofre de HAS.

Quanto à atividade física, a maioria (72,4%) da amostra a realiza. Constatou-se também que a maioria não apresenta restrições físicas, e no bairro de residência existem grupos onde o idoso pode participar gratuitamente e/ou pagando uma taxa simbólica para realizar atividades físicas e de recreação. Reiterados benefícios da atividade física baseados em resultados de pesquisa são divulgados (NERI & GUARIENTO, 2011; BENEDETTI, MAZO & BORGES, 2012) e veiculados em meios de comunicação e enfatizados em encontros de educação para a saúde. Os integrantes dessa amostra parecem usufruir do que Benedetti *et al.* (2010) concluíram ao estudar idosos que participam de grupos de convivência e praticam atividade física, confirmando que quanto maior o envolvimento em atividades físicas, cognitivas e sociais na velhice, maior é a satisfação do idoso em relação à sua vida.

Na amostra, a maioria dos idosos mora com uma ou mais pessoas, em arranjos multigeracionais, embora 60% delas passem a maior parte do dia sozinha, pois os familiares saem para trabalhar e/ou estudar. Isso abre uma discussão sobre quando esses idosos se tornarem mais frágeis e/ou mais vulneráveis; questiona-se: quem seriam as pessoas a ajudá-los nos cuidados continuados ao longo do dia? Vários estudos mostram que no Brasil há uma questão cultural e social de que a escolha para o cuidado familiar recai majoritariamente sobre as mulheres. Essa questão está implícita no próprio papel social da mulher, seja como mãe, esposa, filha ou nora e neta (CALDAS, 2003; KARSCH, 2003; ALVAREZ, 2001; NERI, 2001). Por sinal, os próprios idosos aqui responderam que teriam (73%) como possível cuidador, quando necessário, a filha, a nora ou a sobrinha.

Contudo, as mudanças que ocorrem na sociedade, principalmente da estrutura e de padrões familiares, com a mulher crescentemente envolvendo-se no mercado de trabalho, à semelhança dos homens e sem muito tempo para tarefas domésticas, inserem-se aqui questões de futuro próximo acerca de cuidados domiciliares de idosos mais idosos e dependentes em regime contínuo e de longa duração.

Dados dos idosos pesquisados que vivem em domicílio localizado na periferia urbana, vivendo em arranjos multigeracionais, revelam que 90% deles contam com maior número de corresidentes e presumivelmente potenciais cuidadores no futuro. Tal arranjo multigeracional de domicílio ocorre em camadas pobres da população por questões financeiras (IBGE, 2010; PNAD, 2008), mas também se observa como costume cultural em certas regiões.

Estudo de Lebrão & Duarte (2003) registrou que as pessoas não vivem sós, mesmo na pobreza, pois sentem a necessidade de auxílio de qualquer natureza, fazendo com que muitos idosos deixem de viver de forma independente para morar com suas famílias descendentes, ou chamarem-nas para que venham morar em sua própria casa e até compartilhando sua aposentadoria/pensão com demais corresidentes, o que costuma acontecer com certa frequência entre famílias empobrecidas residentes em periferia de grandes cidades (GONÇALVES *et al.*, 2006; SILVEIRA *et al.*, 2003; PAIVA *et al.*, 2011).

Na avaliação de saúde, 57% dos idosos aqui referiram ter uma saúde regular ou ruim; escolaridade: analfabeto ou até 4 anos de estudo eram 53%, o que se assemelha aos dados do estudo SABE de 2005, realizado pela OPAS. Esse estudo revelou que uma das condições que alteram a percepção das pessoas é a escolaridade, pois os idosos com menos escolaridade avaliaram sua saúde como regular ou má em 1,2 vez mais do que aqueles com 7 a 12 anos de escolaridade. Dado preocupante que merece ser trabalhado, pois a autopercepção da saúde é importante preditor de morbimortalidade por deterioração da saúde com presença de incapacidades funcionais, hospitalização e institucionalização (LEBRÃO & LAURENTI, 2005; MORAES, 2011).

A idade e a autopercepção da saúde são excelentes preditores de morbimortalidade, pois são considerados indicadores indiretos da presença de afecções crônicas. Conforme Lima-Costa & Camarano (2009), a autoavaliação da saúde, ou saúde autorreferida, representa dado fidedigno conferindo confiabilidade e validade equivalente a outras medidas mais complexas da condição de saúde.

As alterações próprias do envelhecimento tornam o indivíduo mais propenso ao desenvolvimento de HAS, sendo um grande desafio o seu impacto

e seu tratamento (NERI *et al.*, 2011). O presente estudo encontrou 46% de portadores de HAS, a principal DCNT, semelhante aos resultados do SABE (2005) e PNAD (2008), onde essa doença se mostrou mais frequente em 53% e 72%, respectivamente, em pessoas de 65 anos e mais de idade.

Contudo, havia idosos livres de morbidades (13%), dos quais se espera manter vida mais saudável durante o curso de seu envelhecimento. A pessoa idosa, mesmo portadora de doenças, principalmente crônicas, pode continuar tendo vida saudável, com qualidade e desempenhando papéis sociais (MORAES, 2011).

Quanto à avaliação de fatores de risco de fragilização, os idosos da amostra tiveram queda e hospitalização no último ano (2012) em 17% e 10%, denotando índices relativamente baixos, considerando que entre eles, 83% usavam até mais de três medicamentos associados, importante fator predisponente para quedas. Contudo, em contrapartida, 83% praticavam atividade física. Ainda a baixa hospitalização nessa amostra reflete a higidez dos idosos, possivelmente aqueles mais ativos da população e por isso estarem participando de atividades sociais em grupo de convivência, além de demonstrarem hábitos de vida mais saudáveis e autopercepção de saúde em boa/muito boa. Em estudo realizado em nosso meio, Alves Jr. & Paula (2008) descobriram, ao comparar internações decorrentes de quedas em idosos, taxas crescentes preocupantes, pois em 2004 foram 50.906 internações hospitalares, em 2005 foram 61.368 e em 2006 foram 63.381.

5.1.2. A DINÂMICA DE FAMÍLIA

A dinâmica de família pode ser avaliada pela óptica de alguns membros da família. Vista por seus membros no atendimento e no comprometimento mútuo no desenvolvimento e na sustentação das relações familiares, a família é uma forma de mensurar a funcionalidade familiar, o que propõe o instrumento APGAR de Família de Smilkstein (1978), traduzido e validado para o Brasil (DUARTE, 2001).

Para Szymanski (2004, p. 11), funcionalidade familiar “*é o modo como a família é capaz de cumprir e harmonizar as funções essenciais, de forma apropriada à identidade e às tendências das famílias e de seus membros, em relação aos perigos e oportunidades que prevalecem no meio social*”. No contexto brasileiro, a família é um dos elementos centrais no cuidado ao idoso e sua principal fonte de cuidado, o que ocasiona mudanças na estrutura e na dinâmica familiar, quando as famílias se organizam para fazer atender as demandas da velhice de seus membros. Nesse sentido, a qualidade dessas relações familiares é diretamente proporcional à qualidade do cuidado (PAVARINI *et al.*, 2009).

Entretanto, não podemos esquecer que as famílias passaram por profundas transformações nas últimas décadas, tendo como maior consequência a redução do seu tamanho, porém aumentando o número de idosos em sua composição (SOUZA, SKUBS & BRÊTAS, 2007), trazendo a necessidade de se rever o suporte familiar disponível aos idosos, uma vez que esse apoio pode ficar limitado (ALVES, 2007).

Logo, a avaliação da dinâmica de família é recurso importante, podendo ser adotado para uma atuação mais eficaz dos profissionais de saúde e, especialmente, do enfermeiro da ESF, por trabalhar diretamente com famílias, de modo a desenvolver estratégias de assistência domiciliária mais efetiva, capaz de assistir às demandas crescentes dos idosos e de suas famílias, buscando o equilíbrio da unidade familiar, visto que o suporte familiar contribui de maneira significativa para a manutenção e a integridade física e psicológica desse idoso, direcionando as intervenções à sua realidade.

Importante papel tem a Enfermagem ao estabelecer vínculos e estimular laços de compromisso e de responsabilidade entre familiares que residem com idosos e sua rede social de apoio. O mito de a família ser, naturalmente, responsabilizada pelo cuidado de seus idosos perde força na sociedade atual. Os arranjos familiares nem sempre são favoráveis à permanência do idoso, por isso o profissional que atua nesses grupos deve ser capaz de avaliar a melhor forma de intervir em benefício da pessoa idosa (MARTINS *et al.*, 2009).

A tabela 05 apresenta a dinâmica de família segundo a óptica dos idosos. O resultado da avaliação do APGAR de Família a classifica em boa funcionalidade, moderada funcionalidade e alta disfuncionalidade familiar. A

maioria dos idosos (67%) respondeu ter sua família boa funcionalidade, pressupondo-se que está satisfeita com o atendimento pela família de suas demandas nas dimensões avaliadas: de adaptação, de companheirismo, de desenvolvimento, de afetividade e de capacidade resolutiva, justificando o porquê de considerar boa a relação familiar.

Tabela 05: Avaliação da dinâmica de família pelo APGAR de Família, segundo a óptica dos usuários idosos da UMS Guamá, Belém/PA, 2012.

Avaliação pelo APGAR de Família	n (30)	%
Boa funcionalidade familiar	20	67%
Moderada funcionalidade familiar	06	20%
Alta funcionalidade familiar	04	13%

O predomínio da resposta de boa funcionalidade familiar (67%) neste estudo foi também encontrado em outras pesquisas, como a realizada numa cidade do interior de São Paulo com 93 participantes que eram de um movimento de alfabetização de adultos e cuja mesma resposta atingiu 87% (PAVARINI *et al.*, 2006). Outro estudo realizado no Chile, na Espanha e em Cuba (MERCEDES *et al.*, 2006), em situações semelhantes de idosos independentes, vivendo majoritariamente em família, também teve resultado semelhante. Já num estudo com 117 idosos dependentes residentes em domicílio numa cidade interiorana do Nordeste, os resultados divergiram (TORRES, REIS & FERNANDES, 2009): possivelmente pela situação de dependência dos idosos e de cuidados recebidos, sua dinâmica de família foi avaliada como mais disfuncional.

5.2. Desenvolvimento da tecnologia cuidativo-educacional

Uma tecnologia cuidativo-educacional com vistas ao cultivo do viver envelhecendo com bem-estar e qualidade foi testada com 13 idosos

participantes, usuários da UMS do Guamá, com base nas necessidades detectadas na avaliação diagnóstica de perfil de vida e saúde.

Tal testagem foi desenvolvida por meio de encontros em grupo de convergência, objetivando realizar, simultaneamente, pesquisa e crescimento social e pessoal no grupo (TRENTINI & GONÇALVES, 2000). Essa modalidade se baseia no método da pesquisa convergente assistencial (TRENTINI & PAIM, 2004), estudo cujo objetivo, entre outros, é descobrir realidades ou introduzir inovações em situações específicas em determinado contexto da prática assistencial, como no presente caso, caracterizando-o como trabalho de investigação, pois propõe a reflexão da prática assistencial com base em fenômenos vivenciados no seu contexto, o que pode incluir aqui a construção inovadora de tecnologia cuidativo-educacional em dado contexto e situação.

Em conformidade com as diretrizes do funcionamento de grupo de convergência, foram cumpridas as quatro fases inter-relacionadas, denominadas *Quatro Erres*. A *fase de reconhecimento* e convite inicial para participar do grupo e o cuidado em providenciar espaço físico para os encontros precedeu o primeiro encontro. O bom entrosamento da enfermeira pesquisadora no grupo “Celebra idade” desde meados de 2012, quando se inseriu na UMS Guamá para conhecer o campo e dar início a coleta de dados referentes à avaliação diagnóstica, facilitou convidar e selecionar participantes para o grupo de encontro no qual seria desenvolvida a tecnologia cuidativo-educacional e dar continuidade a esse procedimento. A *fase de revelação* foi quando apresentamos e discutimos com os idosos os resultados achados na avaliação diagnóstica com o intuito de conhecer as condições de vida e saúde desses idosos convivendo em família, na comunidade. A *fase do repartir* ocorreu pela troca de experiência da enfermeira/pesquisadora com os idosos no decorrer dos sete encontros; a *fase do repensar*, acontecido ao longo de todos os encontros, apontava, nas reflexões do grupo, o pensar/repensar e agir, muito peculiar do grupo, em cuidados da vida e saúde no envelhecer.

O processo educacional, projetado para ser realizado no período de dois meses, em encontros grupais semanais, foi conduzido pela enfermeira pesquisadora. A testagem da tecnologia leve cuidativo-educacional, que no campo da enfermagem integra o ato de cuidar/educar, relacionada às diferentes formas de interação com o cliente, seja individualmente ou em

grupo, na perspectiva do cuidado humano: a relação se expressava interpessoalmente, entre a enfermeira, que prestava o cuidado, e o cliente, que no caso é o grupo de idosos que participava do processo cuidativo-educacional.

Tais atividades foram moduladas pelo cuidado clínico e educacional da enfermagem, que se utiliza do *sistema de enfermagem apoio-educação* descrito por Orem como veículo para proporcionar orientação e apoio ao desenvolvimento pessoal/grupal. No processo de envelhecimento, esse cuidado corresponde à prática de atividades realizadas pelo sujeito em benefício próprio na perspectiva de promover sua própria saúde e bem-estar. Assim, a Teoria dos Sistemas de Enfermagem – o sistema de apoio-educação de Orem – abriu perspectiva educacional para as ações de enfermagem, adotando como uma das estratégias mais importantes a Educação em Saúde, que objetiva transformar crenças que pareçam incoerentes em crenças mais coerentes que aumentem a possibilidade de as pessoas assumirem atitudes, comportamentos e estilos de vida mais saudáveis (SANTOS, 2010), podendo fortalecer a relação do saber da enfermeira e dos idosos baseando-se nas suas necessidades de autocuidado.

Na educação para o autocuidado, indivíduos participam da decisão, considerando seus valores, crenças, nível de conhecimento, habilidades e motivação. Com tal concepção, os encontros foram mediados pela enfermeira pesquisadora que exerceu esse papel de educadora, envolvendo-se no processo ensino-aprendizagem de autocuidado consciente e vivenciando o processo de envelhecimento, trabalhando sobretudo os requisitos de autocuidado desenvolvimental e de desvio de saúde.

O foco dos encontros foi trabalhar e estimular o envelhecimento ativo e saudável, utilizando diferentes estratégias para produzir conhecimentos de saúde e que se estendem desde o cuidado individualizado até o cuidado coletivo com grupo de usuários.

Nesse sentido, Merhy (1998) critica os modelos técnico-assistenciais ainda predominantes no Brasil, onde as relações entre usuários e trabalhadores de serviços de saúde produzem espaços interseccionais preenchidos pela “voz” do trabalhador e pela “mudez” do usuário, como se o processo de relação trabalhador-usuário fosse aquela em que o sujeito está

ausente no processo e quem toma as decisões totais e plenas é o trabalhador. Com intuito de reverter tal situação, nossos encontros foram realizados mediante dinâmica de grupo que objetivavam motivar e fortalecer vínculos afetivos em âmbito grupal, favorecendo espaço de construção coletiva do conhecimento sobre as condutas de saúde, repensando estilo de vida mais saudável.

O grupo foi formado em sua maioria por idosas: 12 mulheres e apenas um homem idoso. O primeiro encontro de testagem da referida tecnologia, na conformação de tecnologia leve de trabalho cuidativo-educacional em ato, teve a finalidade de acolher e de produzir integração grupal, esclarecendo e orientando todos os procedimentos a desenvolver ou a criar em conjunto para um trabalho grupal com vistas ao proposto nos objetivos do estudo. Enfatizou-se aqui da necessidade de compromisso na participação ativa de todos os 13 idosos que aceitaram incluir-se no estudo e cumprir seus propósitos.

No levantamento das condições de vida saúde dos idosos que frequentam grupo da terceira idade e que resultou na avaliação diagnóstica, identificou-se a importância de espaços sociais, nos quais as pessoas idosas possam interagir, dialogar, formar novas amizades e vínculos, manter e desenvolver suas potencialidades, segundo objetivos que elas próprias determinam.

Na fase de revelação (*quatro Erres* do método do Grupo de convergência) foram ouvidas expectativas, desejos, sentimentos, necessidades de acordo com o interesse do grupo pertinente à temática em discussão. Assim, através de discussão dialógica, após a apresentação do perfil de condições de vida e saúde do idoso mostrado na Tabela 4, juntos decidiram por temas prioritários que deviam ser trabalhados nos encontros: preconceitos contra a pessoa idosa e contra a sexualidade na terceira idade e prática da cidadania pelo idoso e seus direitos, além de tópicos específicos de cuidados, como enfrentamento de afecções crônicas incluindo a alimentação, memória e atividade física, entre outros relacionados ao processo de bem-viver no envelhecimento.

Nos demais seis encontros privilegiou-se discutir temas selecionados sempre os relacionando com o conceito de envelhecimento ativo e saudável. Os **déficits** e necessidades para a construção do **autocuidado** consciente

foram alicerçados na educação por meio da discussão da prevenção de consequências de envelhecimento patológico.

Refletiu-se a importância de práticas educativas de saúde, de obtenção de formas saudáveis e de consciência da dinâmica saúde/doença e do viver/envelhecer e ao longo de todo o existir, com atitude ativa em busca de melhor resposta, considerando o processo ensino-aprendizagem visto essencialmente pelo compartilhar de experiências entre os idosos e famílias, mediatizado pelo educador, possibilitando o parar para pensar, conhecer e compreender as fases da vida, inclusive da velhice, conforme discutem alguns gerontólogos (CORTELLETTI, CASARA & TONI, 2007; GONÇALVES & SCHIER, 2005; GONÇALVES, 2006).

A fase do repartir, das diretrizes do Grupo de convergência, teve lugar quando ocorriam trocas de experiência dos idosos e da enfermeira pesquisadora quando o saber profissional e o saber popular de cada idoso do grupo se revelavam. Tais trocas reafirmavam as fases anteriores, levando à formação de um círculo de confiança mútua propício à reeducação em saúde. E, finalmente, na fase do repensar acontecia a reflexão do grupo quanto ao trabalho desenvolvido, apontando vantagens, desvantagens e sugestões para futuros encontros.

Como enfermeira pesquisadora, permaneci na posição de mediadora, responsável pela testagem do desenvolvimento da dita tecnologia, mas foi importante ter tido assessoria de uma assistente na observação e no registro das atividades ocorridas durante os encontros grupais, que serviram como material básico para posterior análise do estudo.

5.2.1. COMPORTAMENTOS DE CULTIVO DO BEM-ENVELHECER COMO CONDUTA DE AUTOCUIDADO COTIDIANO

No desenvolvimento da tecnologia cuidativo-educacional ocorreram a construção e/ou mudanças de comportamentos para o autocuidado cotidiano desses idosos. Em cada encontro discutimos temáticas apontadas pela avaliação diagnóstica e pelo interesse deles para construir um envelhecimento

com competências para o autocuidado, visando a mais autonomia no viver desse processo.

Buscando compreender e apreender quais os conhecimentos que os idosos traziam nas discussões, a enfermeira pesquisadora sempre planejou as atividades com envolvimento e respeito, o que propiciava discussão de melhores modos de cuidar. Para esclarecer, apresentam-se as categorias de principais comportamentos para o autocuidado apresentados pelos idosos, classificando-os quanto aos requisitos de autocuidado em desvio de saúde e em desenvolvimental.

Ao longo das sessões educacionais percebeu-se o prenúncio de certo empoderamento para o autocuidado, revelado em sinais emitidos nas falas: a tomada de consciência quanto às questões da velhice, mudança nas práticas de cuidado e melhor conhecimento relacionado ao processo de envelhecimento.

Assim, descrevem-se abaixo discussões havidas levando-se em conta as competências e práticas de autocuidado em cada eixo temático: ***Autocuidado em desvio de saúde: enfrentamento da cronicidade e Requisito de autocuidado desenvolvimental: o idoso como protagonista de seu próprio envelhecimento***, enfocando as questões relevantes encontradas na pesquisa e confrontando-as com a literatura.

a) Autocuidado em desvios de saúde: enfrentando para a cronicidade

Emergiram nesse eixo, no decorrer dos encontros, as seguintes temáticas: como a nutrição interfere no controle das afecções crônicas; o temor às demências e sua prevenção; fatores de risco de fragilização do idoso, como hospitalizações e quedas, incluindo efeitos adversos de medicações, como perda da libido e desconhecimento das causas de aumento do HIV em idoso. Assim, busquei trabalhar nesses encontros como os idosos poderiam se empoderar para enfrentar as situações de cronicidade autocuidando-se em busca do envelhecer com melhor qualidade possível.

Esses idosos veem-se diante das demandas desenvolvimentais próprias do envelhecimento, somadas às demandas de desvio da saúde advindas das

afecções crônicas, sobretudo surgidas na velhice, requerendo seguir recomendações terapêuticas, valer-se dos cuidados da equipe de saúde, que exige mudanças no estilo de vida, pois é uma decisão pessoal, mas que pode ser apoiada por uma equipe de saúde bem preparada, especialmente na ESF.

Entre as patologias que exigem autocuidado por desvio de saúde desses idosos, a mais comum foi a Hipertensão Arterial Sistêmica - HAS (POTTER & PERRY, 1997; FREIRE & NOBREGA, 2001; BRASIL/MS, 2006) que se associa frequentemente ao processo de envelhecimento, demandando cuidados continuados para seu controle e para diminuir complicações e agravos. A nutrição foi a temática discutida buscando conhecer as informações que o grupo tinha, a qual se mostrava fragmentada, desarticulada:

“Tenho pressão alta e diabetes, nunca posso comer nada, tudo me faz mal ... mas evito gordura, fritura. Agora no fim de semana tomo aquela cervejinha.” (Violeta)

“Comendo menos carne, menos comida e mais saladas (...) me sinto bem melhor, preciso me cuidar, porque o doutor disse que se não fizer dieta eu posso perder a visão, sofrer um infarto[...]”. (Girassol)

Discutiu-se no grupo a importância da alimentação, não só no enfrentamento da cronicidade por DCNT como para a saúde em geral, incentivando os idosos a se tornarem mais responsáveis e comprometidos com a própria vida, adaptando-se convenientemente e sem receios ao desvio de saúde enfrentado.

Mesmo com as restrições alimentares apresentadas por eles, em decorrência das condições socioeconômicas desfavoráveis, pode-se discutir processos possíveis de escolhas racionais viáveis a uma nutrição coletiva adequada para todos os componentes da família, ampliando conhecimentos acerca da ingestão nutricional saudável e recorrendo também às formas de reaproveitamento de alimentos.

Nesse sentido, adotamos como estratégia de ensino discutir o livreto *“Dez Passos para uma Alimentação Saudável”* adequado para a pessoa idosa (BRASIL/MS, 2006). Procedeu-se de modo a colocar em discussão cada passo lido, o que permitia aquisição de novos conhecimentos e tomada de decisão no que se aludia à mudança de postura em alimentar-se convenientemente, dentro de suas possibilidades financeiras.

A alimentação pode ter grande influência, tanto no aparecimento da doença como na determinação de agravos, o que justifica a preocupação com o padrão alimentar e com o conhecimento das necessidades nutricionais no envelhecimento. Por isso, Freitas *et al.* (2011) enfatizam que a nutrição é parte integrante do tratamento de doenças como HAS, DM, dislipidemia, obesidade e desnutrição, as quais acometem os idosos e necessitam de intervenções nos diferentes níveis de assistência à saúde.

Entre as principais propostas da política de envelhecimento ativo e saudável (OPAS) estão reduzir os fatores de risco associados às principais doenças e aumentar os fatores que protegem a saúde durante a vida, como: suprimir o tabagismo e o alcoolismo, praticar atividade física e consumir alimentação saudável, entre outros (OPAS, 2005).

O processo educativo sobre a prevenção e/ou controle da HAS e DM ocorreu de maneira contínua e dinâmica, discutindo-se essencialmente os fatores de risco e os fatores protetores da saúde. Os participantes se envolveram em movimento mútuo de aprendizagem, considerando seus valores e crenças locais prevalentes e experiências pessoais que serviam de exemplo na aquisição de mais conhecimentos.

O temor à doença de Alzheimer em vista de alguns esquecimentos é relatado pelas idosas:

“O telefone tocou e eu estava fazendo um doce no fogão; fui atender ao telefone e esqueci o fogo aceso, fiquei preocupada ... será que já tenho aquela doença? (alzheimer)” (Violeta);

“ ... faz um mês que venho percebendo problema de memória. A senhora acha que estou com Alzheimer? Venho apresentando dificuldade de lembrar coisas, como onde guardei a chave, o dinheiro; estou esquecendo de dar recados ... ; mas sou boa de número ... ” (Açucena);

Esses depoimentos ensejaram a discussão acerca da estimulação da memória, como prática necessária do cotidiano dos idosos, pois a memória é a alteração cognitiva que mais recebe atenção dos idosos (BERTOLUCCI, 2000). Alterações esperadas no envelhecimento incluem diminuição na memória operacional e na memória episódica (YASSUDA, LASCA, & NERI, 2005).

Considerando a angústia e a preocupação dos idosos em relação ao esquecimento, decidimos, como forma de sistema de suporte educativo, aplicar

alguns testes padronizados pelo MS para avaliar a função cognitiva: teste de memória – MEEM, utilizado pelo gerontogeriatra. Aqui usamos apenas o item 5 de memorização, no qual orientamos para todos guardarem três palavras (**gelo** – **leão** – **planta**) para depois repeti-las; reconhecimento de 10 figuras; situações-problema do cotidiano e caça-palavras. Esses testes tiveram o intuito servir de apoio para elucidar aos participantes do grupo que a ausência de memória não necessariamente significa alguma demência, mas é necessário realizar testes/exames de rastreio para identificar o motivo de certas ausências de memória. De modo geral, tal avaliação resultou em bom desempenho, pois eles se lembraram de todas as palavras. No teste de *reconhecimento de 10 figuras*, novamente bom desempenho, em sua maioria lembrando-se de 7 a 9 figuras. No caça-palavras e a situação do cotidiano, onde tinha que lembrar alguns dados narrados pela pesquisadora, o desempenho foi muito bom. Quando cada participante acertava algum dos testes ofertava-se um brinde, pois esse grupo era competitivo, e essa foi uma maneira salutar de incentivá-los e instigá-los a participarem das atividades educativas.

No decorrer do encontro orientamos sobre a importância de o idoso realizar treino de memória, pois se torna mais eficaz quando o idoso é ensinado a monitorar o processo de memorização, aprendendo a se autotestar. Demonstramos estratégias que podem melhorar o desempenho em tarefas de memória episódica, como caça-palavras, palavras cruzadas, memorização de listas de palavras e reconhecimento de figuras com possível aplicação no cotidiano. Enfatizamos e discutimos como o bom funcionamento da memória é vital para um viver independente, e intervenções na memória podem contribuir para melhorar o desempenho em tarefas mnemônicas importantes para a funcionalidade do idoso, como lembrar-se de tomar remédios, de pagar as contas, de preparar refeições balanceadas, entre outros.

Na avaliação do grupo, entenderam os idosos que o exercício diário da mente promove a vivacidade mental e atividades promotoras de estimulação mental, contribuindo ainda para prevenção do declínio cognitivo. Infelizmente, o aqui realizado não representa prática comum nas unidades de serviços de saúde. Estas precisam adaptar-se e tornar-se acessíveis às necessidades dos usuários dessa crescente população idosa. A promoção do envelhecimento saudável, inscrita nas políticas de saúde, não é ainda decodificada. E assim, na

prática da promoção do envelhecimento saudável pelo estímulo de vivência de fatores protetores da vida e saúde e, nem a prevenção de agravos e outras consequências do processo de envelhecimento, deixam de se realizar pela promoção da educação ao autocuidado dos idosos principalmente em situações de cronicidade por afecções, cujos agravos podem ser prevenidos ou retardados no processo do envelhecimento. Nesse momento fica clara a importância e a presença da (o) enfermeira (o) capacitada (o) especificamente em gerontogeriatrics (POLARO, 2011) para estimular as competências para o autocuidado dos idosos, por meio da sistemática de apoio/educação preconizada por Orem.

Tomados pela concepção errônea de envelhecimento como acontecimento patológico, alguns idosos abandonam a preocupação de se manterem participativos socialmente, entregam-se à aposentadoria de maneira passiva, inativa e cada vez menos reflexiva, o que, por sua vez, pode representar um prejuízo incondicional à sua saúde mental e física, além de constituir-se fator de risco para o declínio cognitivo e para a demência (BAHIA & CARAMELLI, 1998). Todavia, na presente pesquisa foram encontrados idosos participativos, realizando atividades físicas, viagens, passeios, o que talvez explique o excelente desempenho cognitivo e intelectual apresentado, pois apesar da aposentadoria não deixaram de aprimorar seus conhecimentos, através de leitura, exercício de raciocínio e aquisição de novas informações.

Ainda na prevenção, em temas de desvio de saúde, trabalhamos as Infecções sexualmente transmissíveis, incluindo o HIV no idoso, cuja epidemiologia denuncia incidência crescente de casos positivos de HIV e AIDS em idosos (BRASIL/MS, 2006). O idoso precisa apoderar-se de conhecimentos para adquirir competências na prevenção dessas doenças, lembrando que a prevenção aqui se faz, no mínimo, a dois: os parceiros sexuais.

A estatística de AIDS em idosos de 60 anos e mais, de ambos os sexos, demonstra que de 394 casos em 1999 passaram para 938 em 2009 no sexo masculino, e, no feminino, de 191 casos em 1999 para 685 casos em 2009 (BRASIL/MS, 2010). As mulheres representam quase metade das 40,3 milhões de pessoas vivendo com HIV ou AIDS no mundo (BRAGA, CARDOSO & SEGURADO, 2007).

Na discussão em grupo esta temática teve grande repercussão entre as idosas, pois relataram que tudo que se relacionasse em torno de sexualidade, o assunto era velado na família, nada foi explicado na adolescência e disseram que tudo que “aprenderam” foi com seus cônjuges, após o casamento, como visto na fala das idosas:

*“quando casei mal sabia beijar na boca, foi o meu marido que me ensinou tudo...”
(Orquídea)*

“ninguém conversava sobre o assunto sexo na minha casa, minha criação foi de beijar engravida” (Cambraia)

“na minha época, quando perguntei para a mãe o que era sexo ela me deu um tapa na boca e me disse que isso fazia mal” (Girassol)

Esses discursos deixam claro que a criação dos idosos de hoje foi cheia de repressão, proibições e desinformações, não só sobre o ato sexual em si, mas também de cuidados de prevenção de doenças sexuais. Logo, essa geração de idosos estabeleceu suas práticas sexuais sem uso do preservativo como recurso preventivo e nem como contraceptivo.

Os resultados práticos de tais concepções de invisibilidade e de aparente pouca importância repercutiram também no âmbito de políticas e programas de saúde, na omissão da problemática na abordagem das campanhas educativas de prevenção da AIDS, e ainda na percepção equivocada da sua condição de invulnerabilidade, resultando na atual tendência crescente de taxa de HIV na população idosa.

Autores alertam que, por preconceito, os próprios profissionais de saúde não solicitam a sorologia para o HIV prontamente, e que os idosos se consideram imunes ao vírus; além disso, os profissionais da área de saúde nem mesmo indagam aos idosos sobre a vida sexual (SOUSA, SANTO & MOTTA, 2008). Ainda é baixa a procura pela realização do teste anti-HIV entre os idosos, reiterando a concepção de imunidade e denunciando a baixa visibilidade das políticas preventivas destinadas a esse grupo etário (SANTOS & ASSIS, 2011). Ainda que atrasado, o MS vem investindo no esforço de alertar os idosos sobre a necessidade de prevenção do HIV distribuindo nos serviços de saúde um emblemático livreto intitulado “Idoso também pega AIDS”.

Averiguou-se, contudo, que parte significativa dos idosos, nessa amostra, revelou ter conhecimento a respeito do tema, mas do ponto de vista comportamental, demonstraram dificuldades em dialogar com seus parceiros acerca de práticas de prevenção de ISTs a dois, usando preservativos a favor do sexo seguro. O mesmo achado ocorreu no estudo de Miranda (2013) com mulheres com HPV. O que se percebe com as mulheres, em matéria de relação de casal ou de parceiros sexuais, é a dominância ainda do poder masculino sobre o feminino, de opressão, mantendo a mulher com dependência afetiva, acarretando atitudes de submissão, impossibilitando-a de tomar decisão de sexo seguro a dois, necessariamente, conforme se observa nos relatos abaixo:

“... meu marido não aceita usar camisinha” (Violeta)

“...fui aprender tudo com o meu marido quando casei... nunca usei camisinha, ele diz que não sente prazer” (Cambraia)

Tais alegações evidenciam estreita relação com os hábitos culturais e crenças, principalmente dos homens, ao não usar o preservativo com seus parceiros, pois é crença enraizada que interfere no prazer e na ereção, podendo também essa prática ser interpretada como sinônimo de infidelidade no relacionamento. Estudo no Rio Grande do Sul com 510 idosos integrantes de grupos de convivência (LAZZAROTTO *et al*, 2008) mostrou que embora 81% da amostra reconhecessem o uso do preservativo como principal recurso preventivo do HIV, relataram não usá-lo em suas relações sexuais. Em outro estudo, de mulheres com alto índice de contaminação com o vírus do HIV, 80% de seus parceiros alegaram ter contraído a doença por relações extraconjugais e, em consequência, infectaram suas parceiras (SOUSA, SUASSUNA & COSTA, 2009). Os discursos abaixo confirmam os achados da literatura citada:

“Eles ficam andando com essas molecas...” (Brinco-de-princesa)

“O homem vai buscar a doença na rua e traz para dentro de casa.” (Perpétua)

“O meu marido não tem o costume de usar o preservativo, sempre transamos sem camisinha.” (Violeta)

Em suas relações amorosas expostas ao sexo inseguro, a vulnerabilidade das idosas dessa amostra representa **um déficit de competência ao autocuidado em prática de sexo seguro**, que só pode ser exercida com o parceiro, denotando que essas mulheres idosas deverão, para adquirir tal competência, enfrentar e superar a resistência do parceiro, empoderando-se para, de igual para igual, discutir com o cônjuge, com o parceiro sexual, e tomar decisões de práticas de vida em comum que sejam benéficas a ambos, sem imposição de um sobre o outro, e imprimindo um respeito mútuo. Certamente aqui, a participação da **enfermeira educadora** poderá ser decisiva no fornecimento de informações específicas e fortalecimento do conhecimento do casal a respeito das práticas de sexo seguro, o que levará o casal a adquirir competências de autocuidado a dois e superar aquele déficit de autocuidado.

Entretanto, diferindo da realidade geral, na unidade onde foi realizada a pesquisa, presenciamos algumas ações benéficas nesse sentido, oriundas do próprio serviço de saúde, convidando todos os idosos participantes do grupo de convivência para submeter-se ao teste rápido de HIV, no ano de 2013.

“No início deste ano a assistente social ofereceu o teste rápido do HIV e disse eu vou fazer este exame, mas se der positivo eu mato meu velho”. (Violeta).

“...Também fizemos o teste e graças a Deus deu negativo (Brinco de princesa, Açucena, Perpétua, Orquídea e Girassol).

Nesse sentido, o déficit de competência para o autocuidado em práticas da vida sexual satisfatoriamente partilhada entre o casal está a exigir dos serviços de saúde estratégias e adoção de tecnologias educacionais, criativas e efetivas, promotoras de mudança de comportamento sexual dos casais, visando a intervenções que busquem reduzir o estigma que envolve as necessidades sexuais da pessoa idosa e também promovam prática de sexo seguro.

b) Requisito de autocuidado desenvolvimental: o idoso como protagonista de seu próprio envelhecimento

Os *requisitos desenvolvimentais* de autocuidado são adaptações necessárias que surgem em situações normais durante o ciclo vital. As perdas de papéis sociais, a perda por morte de entes queridos, as mudanças inevitáveis de ambiente, entre outras, são situações que requerem competências especiais de autocuidado de requisitos desenvolvimentais.

Neste segundo eixo temático, debatem-se aspectos referentes ao requisito de autocuidado desenvolvimental: o idoso como protagonista de seu próprio envelhecimento, visando ao cultivo de bem envelhecer e de sua cidadania. No decorrer dos encontros para discussão de preconceito contra o idoso, emergiram temáticas como autopreconceito, preconceito contra sexualidade na velhice e a AIDS, e o direito a cidadania.

Ao discutir o preconceito com os idosos, percebeu-se conhecimento e interesse dos idosos na discussão, entretanto ainda muitos mitos e tabus até mesmo o autopreconceito estavam presentes e com imperativo de serem trabalhados, como observamos nas falas de Orquídea e Girassol.

“[...] ainda tem muito preconceito em contratar o idoso para trabalhar, principalmente após a aposentadoria” (Orquídea)

“eu vivo este tal de preconceito todos os dias, principalmente quando preciso pegar ônibus [...] esses motoristas são muito mal educados, andam sempre apressados, sempre correndo [...]” (Girassol)

As discussões enveredaram por um discurso rico em conhecimento e experiências dos próprios participantes do grupo, ao debater como enfrentam e convivem com esses preconceitos.

O preconceito seria uma ideia pré-concebida e estática que se traduz numa opinião carregada de intolerância, seria a opinião formada a respeito de algo ou alguém, sem cautela, levando a julgamentos precipitados e provocadores de aversão a determinadas pessoas ou situações (MUNIZ, 2009).

Segundo os idosos, eles deveriam ser mais bem compreendidos pela sociedade, sem pré-julgamentos, encarando essa fase da vida com a necessidade de ser independente, de amar e de ser amado, de ser respeitado como indivíduo e de viverem novas experiências, é a mesma de qualquer outra. Entretanto, na atual sociedade, o ser idoso recebe o rótulo de improdutivo e inútil, não lhe sendo oferecidos emprego nem oportunidade de trabalho, marginalizando-o social e economicamente (NERI *et al.*, 2011; CAMARANO, KANSO & MELO, 2004).

Uma das estratégias educacionais que usei foi um vídeo que abordava o preconceito contra a pessoa idosa, que falava sobre os idosos e aposentados que vivem o drama de serem tachados como inválidos ou incapacitados de exercer a maioria dos empregos oferecidos no mercado de trabalho, sofrendo também outros tipos de preconceito, até mesmo em suas próprias casas. As agressões contra idosos não se restringem aos maus-tratos físicos. Muitos deles sofrem outro tipo de violência: o desrespeito. Violeta se manifestou contando uma situação ocorrida com sua vizinha:

“É o caso dos filhos da minha vizinha que pegam o cartão da aposentadoria ou pensão da mãe e tomam conta do dinheiro, não compram nem a medicação dela, isso sim é um exemplo de desrespeito ao idoso” (Violeta)

Nesse momento, como mediadora tive de fazer uma intervenção no seu discurso, explicando que não se tratava de um preconceito, mas sim de abuso contra a pessoa idosa e que são palavras diferentes para a discussão. Na verdade, observei que no começo da discussão alguns idosos ainda misturavam alguns conceitos relacionados a preconceito, abuso e violência. Então, após esclarecimentos, continuamos a discussão sobre o preconceito contra a pessoa idosa.

Comentei com os idosos que o preconceito em relação a eles está muito atrelado à cultura: no caso do Brasil, por bases culturais, o idoso é visto como incapaz, improdutivo e dependente. Todavia, com trabalhos direcionados a esse grupo populacional essa realidade poderia transformar-se e comprovar que eles têm muito a contribuir em nossa sociedade.

A valorização do idoso em nosso meio social é um desafio que está a exigir respostas da sociedade. Respeitar a dignidade do cidadão é também ir à

luta contra qualquer tipo de preconceito ou exclusão e buscar estratégias de enfrentamento, para que a pessoa tenha condições de enfrentar com autonomia as dificuldades impostas pelo atual sistema socioeconômico do país. Mas, por enquanto, a sociedade ainda desvaloriza o sujeito depois de aposentado, que passa a ser visto como improdutivo e, portanto, inútil.

Na fala de Cambraia e de Brinco de Princesa está claro o autopreconceito, pois acham que o mercado de trabalho não vai mais oportunizar ao idoso uma vaga de emprego.

“[...] a vaga sempre vai ser para o mais jovem, pelo fato da idade, sempre vão escolher os mais jovens”. (Cambraia)

“Mesmo o idoso sendo mais experiente, mas pelo fato de ser idoso vão contratar sempre o mais jovem”.(Brinco de Princesa)

Nessa ocasião, questiono com eles: será que é preconceito contra a pessoa idosa, ou excesso da mão de obra jovem no Brasil? Não será por considerar o idoso uma pessoa ultrapassada para atuar no mercado de trabalho? Porém, a maioria não concorda e diz que há sim um preconceito em contratar o idoso para trabalhar, principalmente após a aposentadoria.

Muitas vezes, o idoso aposentado necessita permanecer trabalhando por questão financeira, considerando-se que, para a grande maioria dos brasileiros, os valores recebidos da aposentadoria não cobrem as suas necessidades de manutenção e de seus dependentes, principalmente quando cabe ao idoso o papel de mantenedor do grupo familiar (CAMARANO *et al.*, 2004; PNAD, 2008). Tal assertiva não é corroborada, nesta pesquisa: a maioria dos idosos tem como fonte de renda a aposentadoria ou pensão, porém não trabalham mais, sobrevivendo com esse provento e ajuda dos filhos. Em seu estudo realizado no Município de Benevides (Pará), Santos (2014) encontrou a mesma realidade: 67 % possuíam renda familiar de 1 a 3 salários mínimos, residindo com familiares.

Percebi que esclarecimento e debate sobre as questões ligadas ao trabalho e à aposentadoria puderam contribuir para se viver melhor o processo de envelhecimento e de aposentadoria, embora seja possível e desejável eliminar o preconceito, desfazer estereótipos, ampliar a independência e o

espaço de participação do idoso como cidadão, profissional e ser humano com direitos, deveres, conquistas e superações.

De acordo com Neri (2001), a gerofobia – preconceitos e estereótipos em relação às pessoas idosas – constitui-se de atitudes negativas que surgem do medo que as gerações jovens têm do envelhecimento e de sua resistência em lidar com os desafios econômicos e sociais relacionados ao aumento da população idosa.

Discutir com o grupo sua visão em relação à sexualidade foi importante para perceber quanto necessitavam de ações de educação em saúde que os auxiliassem no desenvolvimento de competências para o empoderamento relacionado à sexualidade, visando auxiliá-los para o desenvolvimento de ações promovendo o autocuidado.

A sexualidade no envelhecimento é assunto que ainda é discutido por profissionais de saúde com certa moderação, não sendo possível generalizar sobre as expectativas de homens e mulheres. Pude constatar experiências diferenciadas, satisfatórias e insatisfatórias, e condutas as mais variáveis.

Os idosos relataram viver a sua sexualidade permeada por mudanças, especialmente físicas, atreladas à senescência, como revelam suas falas:

“[...] sempre peço para a assistente social, gel lubrificante que é distribuído na unidade, pois ajuda na relação sexual”. (Violeta e Perpétua)

“[...] depois que fui diagnosticado com diabetes e comecei a tomar a medicação, afetou meu desempenho sexual.” (bem-me-quer)

“[...] meu desejo sexual diminuiu com a idade [...]”. (Orquídea)

O trabalho desta temática foi mostrar aos idosos que a compreensão deles sobre a sexualidade faz parte da vida de cada indivíduo em qualquer idade; percebo que essa conversa contribuiu para abolir preconceitos e mal-entendidos, além de diminuir a ansiedade e a culpa desses idosos. Esse pensamento se afina com o de autores como SOCCI, (2011) e NÉRI, (2001), de que a velhice pode ser saudável e prazerosa com cuidados e hábitos desenvolvidos durante toda a vida, como competências e habilidades e estilo

de vida. O fato de não ser jovem não implica necessariamente abdicar dos prazeres da vida, incluindo a satisfação sexual.

A prática sexual na velhice tem sido estudada por profissionais de diferentes esferas da área da saúde, e seus achados têm auxiliado a diminuir preconceitos. Gradim, Sousa & Lobo (2007) relatam um estudo que objetivou conhecer essa vivência em idosos de ambos os sexos: embora alguns fatores possam interferir negativamente, o grupo pesquisado mantinha a sexualidade ativa em suas vidas, mesmo que independente do ato sexual frequente, mas especialmente com carinhos e trocas de afeto.

O processo de envelhecimento e suas consequências naturais preocupam a humanidade desde o início da civilização. Contudo, ainda nos dias de hoje, a sociedade desconsidera que as mudanças que ocorrem com o processo do envelhecer não impedem que os idosos vivenciem sua sexualidade como parte de um processo natural. O idoso é visto perante a sociedade como um ser assexuado, incapaz de vivenciar sua sexualidade (CASTRO *et al.*, 2013).

Néri (2001) descreve essa visão como um tipo de preconceito que é o sexismo, preconceito de idade enfrentado principalmente pelas mulheres ao envelhecer: enquanto os homens de idade avançada são considerados rudes, grisalhos e viris, as mulheres estão enrugadas e em decadência.

O envelhecimento costuma ser acompanhado por uma tendência ao declínio fisiológico e orgânico, e as respostas individuais a esses fenômenos são singulares e fortemente marcadas pelo contexto vivenciado. Entretanto, o envelhecimento não acontece de modo uniforme em todas as pessoas: muitos fatores influenciam esse processo, e as condições gerais de saúde têm grande peso nessa sexualidade. Essas mudanças fisiológicas não devem ser encaradas como doenças (SILVA *et al.*, 2009). Pesquisas demonstram que, após os 60 anos, homens e mulheres continuam mantendo uma vida sexual ativa, salutar e enriquecedora; mas muitos são os mitos, tabus e preconceitos a respeito da sexualidade do idoso (SOCCI, 2011).

Dessa forma, a vida sexual das pessoas idosas pode ser plena e feliz se encararem a velhice e o ato sexual dentro de um contexto de mudanças e possibilidades, mantendo vivo o desejo, mesmo após 6, 7 ou 8 décadas de vida, se isso for importante para elas. Outro fator que se soma a essa visão

está relacionado aos preconceitos que parecem negar ou condenar a existência da sexualidade, da sensualidade e do afeto na terceira idade, reforçando, assim, a manutenção de tabus.

A motivação para o sexo depende mais da saúde mental, da disposição e da qualidade de vida que de músculos firmes. Sendo assim, é imprescindível um trabalho dos profissionais de saúde com os idosos, levando-lhes o conhecimento sobre as modificações no processo do envelhecimento para proporcionar discussões e ações que possibilitem a desconstrução das ideias negativas quanto à sexualidade na terceira idade, propiciando aos idosos condições para se adaptarem a essa realidade, diferente, repleta de peculiaridades, mas não necessariamente assexuada, e assim, vivenciá-la plenamente, independente da forma de sua manifestação (CASTRO *et al.*, 2013).

Principalmente na estratégia saúde da família, o enfermeiro pode aplicar várias metodologias de trabalho, como, por exemplo, a formação de grupos, desenvolvendo ações reflexivas e motivadoras, possibilitando que os idosos percebam o envelhecimento como um processo em senescência e não de senilidade, além de ampliar seus conhecimentos sobre os temas discutidos nos grupos. Por manter um contato mais próximo com esse idoso, o enfermeiro precisa reconhecer as alterações decorrentes do envelhecimento, pois existem situações em que a relação sexual física em si não é possível, e fazê-lo perceber que existem outras formas de expressão sexual, como carícias, abraços, afagos e beijos, os quais podem ajudar a reforçar sua autoestima.

Porém, na prática dos serviços de saúde, os profissionais transferem responsabilidade para uma esfera superior, em especial os gestores, e ficam presos em seu tecnicismo, perdendo a criatividade de suas ações. Isso fica claro, por exemplo, na abordagem da sexualidade, que não é feita de forma exclusiva, mas em momentos como exames de citologia ou em grupos de idosos quando surge como consequência de alguma patologia, demonstrando um cuidado restrito voltado apenas para a doença (GRADIM, SOUSA & LOBO, 2007).

A sexualidade deve ser discutida com os idosos e estimulada dentro de uma prática saudável e sem estigmas, para que represente mais um fator a contribuir para uma vida autônoma, plena e prazerosa (SOUZA, 2008).

Trabalhar o autopreconceito com os idosos foi importante para perceberem o seu próprio preconceito quanto a sua sexualidade. Muitas vezes, os idosos sentem vergonha e acham que o sexo é algo somente para jovens; mas isso é um mito que se projeta socialmente, excluindo-se a pessoa idosa dessa prática; e, apesar dessa condição, as pessoas que envelhecem conservam a necessidade sexual, não havendo, portanto, uma idade em que se esgotem os pensamentos e desejos sobre a prática sexual (ANDRADE, SILVA & SANTOS, 2007).

O preconceito social, hoje, parece permitir apenas aos mais jovens desfrutar dos prazeres da sexualidade, enquanto aos idosos cabe somente acreditar que não podem ou não devem ter uma vida sexual, porquanto suas manifestações afetuosas para com o sexo oposto são vistas como algo sujo e proibido, ou, ainda, associado ao ridículo e à “sem-vergonhice”. É o que se percebe em alguns discursos:

“eu acho ridículo esses velhos desfilando com menina nova [...]” (cambraia)

“ eu tenho uma vizinha de 82 anos de idade que recebe a visita de um namorado e os filhos não aceitam. Dizem que ele é interesseiro [...]também com 82 anos é sem-vergonhice”. (Rosa vermelha)

“Eu acho uma imundície fazer sexo oral e também é horrível assistir filme pornô [...]” (Brinco-de-princesa)

Entretanto, sabemos que a idade não dessexualiza a pessoa, pois a sexualidade está presente em todas as fases da vida. O sexo e a sexualidade na terceira idade podem ser uma experiência prazerosa, gratificante e reconfortante que realça os anos vindouros, como se observa nas falas abaixo:

“[...] Agora, na parte do carinho, respeito, essas coisas são tudo de bom”. (Perpétua)

“Acho que se eu ficasse viúva eu podia até querer arrumar um namorado” (Violeta)

“[...] ficar com meu velho abraçadinha é tão gostoso”. (Hortência)

Outra discussão importante realizada no grupo foi a questão da criação dessas idosas, cheia de tabus e proibições no tocante aos assuntos da sexualidade, como atestam os seguintes depoimentos:

“Ninguém conversava sobre o assunto sexo em casa, minha criação foi de beijar engravida... quando eu era criança perguntei para minha mãe o que era sexo ela me deu um tapa na boca e me disse que fazia mal ...” (Cabraia)

“Perguntei para minha tia o que era uma camisinha, ela simplesmente pegou o sabão e passou na minha boca, mas não me explicou por que estava fazendo isso. Só me disse que era coisa feia”. (Brinco-de-princesa)

Para compreender a sexualidade dos idosos, é necessário levar em conta que o comportamento sexual é definido por vários princípios: cultura, religião, educação, e esses valores influenciam intensamente o desenvolvimento sexual, determinando como se irá vivenciá-lo e lidar com ele por toda a vida. Verificamos que os depoimentos emergem do sentimento de que o sexo era proibido e pecaminoso.

A maioria das mulheres foi educada para ter um só parceiro, e sua falta, associada à idade, não as estimularam a procurar outro. Algumas destacaram a dificuldade de encontrar um companheiro da mesma faixa etária. Como as mulheres tendem a viver mais anos que os homens, há mais viúvas que viúvos. Devido a seu maior número e também às influências da sociedade em que foram criadas, é especialmente difícil para essas mulheres encontrar novos parceiros (GRADIM, SOUSA & LOBO, 2007). Perpétua enviuvou muito jovem e quis reconstruir sua vida ao lado de outro parceiro; mas o depoimento de Cabraia revela um pensamento diferente quando ficou viúva.

“fiquei viúva com 39 anos de idade, e quando arrumei um namorado, alguns filhos, principalmente os homens, não aceitaram o meu relacionamento, diziam para mim que era melhor ficar sozinha, enquanto outros filhos me incentivaram, sobretudo as filhas. E agora com 12 anos de relacionamento, os filhos aos poucos aceitam e estão percebendo que o mesmo me trata bem e me faz feliz. E ainda que por varias vezes fui chamada de velha assanhada ... principalmente pela família de seu primeiro esposo”. (Perpétua)

“Eu não quis mais saber de homem [...] Deus me livre, melhor ficar sozinha”. (Cabraia)

No primeiro depoimento percebemos o desejo de manter uma vida amorosa e sexualmente ativa, enquanto o segundo desvenda uma experiência talvez negativa com o cônjuge, preferindo ficar sozinha. Esse comportamento feminino relaciona-se à formação reprimida que tiveram. Nessa geração, a iniciativa da conquista, conforme o costume, cabia ao homem, enquanto a mulher devia preservar-se e saber conservar o seu valor. Apesar das repressões e da disparidade entre o tempo em que foram criadas e aquele em que convivem atualmente, percebemos que muitas mulheres maduras estão abertas para falar, conhecer e rever o tema da sexualidade.

Algumas mulheres que se criaram nesse emaranhado de ideias rígidas e acompanharam passivamente essas transformações conseguiram hoje superar os traumas da educação e foram capazes de estabelecer mudanças em seu comportamento sexual:

“Eu sou de uma geração que foi criada com muito rigor[...]. Tudo era pecado [...]Eu achava que eu não era capaz mais de fazer sexo bem [...]. Mas agora [...] eu descobri que eu estou apta. Só que devido às minhas repressões [...]eu levei anos para fazer determinadas coisas no sexo [...]. Então agora eu estou livre disso [...] eu descobri que eu estou no ápice da minha vida sexual”. (Girassol)

Observamos que o envelhecimento para essa mulher e outras idosas do grupo foi um fator que permitiu quebrar seus conceitos e reconstruir sua sexualidade. Porém, percebi ainda várias idosas recriminando o depoimento da Girassol, talvez seja porque a maioria dessa geração que ultrapassa os cinquenta anos de idade confronta-se atualmente com um conflito entre os estereótipos e os valores ligados à sexualidade.

O direito à cidadania – o idoso protagonista do seu próprio envelhecimento – foi a temática que buscou trabalhar a competência do idoso em relação ao seu próprio envelhecimento. A partir da estratégia educacional de um *folder* de coleção de principais direitos que o idoso tem de acordo com a legislação vigente, as discussões tiveram lugar confrontando situações comuns vivenciadas pelos próprios idosos em seu cotidiano.

Ao questionar os idosos sobre seus direitos, alguns depoimentos mostram conhecimento de alguns deles:

“tenho direito a pensão, mas ainda não consegui... já fui à previdência social dar entrada em março/2013 e estou aguardando a carta, disseram que chegaria na minha residência no prazo de 15 dias. E até agora. nada...” (Orquídea)

“Quando completei 65 anos recebi uma carta da prefeitura de Belém me dando isenção no pagamento do IPTU”. (Girassol)

“Temos direito a gratuidade no cinema, no ônibus [...]isso é muito bom”. (Angélica)

“Não temos direito em andar aqui nesta cidade [...]as calçadas são desniveladas, a gente é obrigado a dividir a calçada com camelôs, carros estacionados nas calçadas obrigando o idoso caminhar pela rua[...]”. (Perpétua)

A maioria dos idosos relatou conhecer seus direitos ou conhecer alguns deles. Os direitos mais conhecidos estão relacionados ao transporte e ao atendimento prioritário.

Diante do desafio do envelhecimento populacional em condições de desigualdade social e de gênero, a política nacional de saúde da pessoa idosa (BRASIL/MS, 2006, p.10) estabelece 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 Sistema Único de Saúde”*.

O Estatuto do Idoso contemplou as leis já existentes, organizou-as por tópicos, discorreu sobre cada um dos direitos e especificou as punições para os infratores, ficando mais prática sua compreensão e aplicação. Além disso, se for feita uma comparação entre as leis vigentes e o Estatuto do Idoso, constata-se que houve uma ampliação dos direitos (MARTINS & MASSAROLLO, 2008).

Alguns idosos salientaram que, embora o direito à saúde seja assegurado por lei, nem sempre está disponível nos órgãos públicos. Muitos idosos reclamaram do transporte público, dizendo que o privilégio da “gratuidade do passe”, que é assegurada por lei, muitas vezes se transforma em humilhação e discriminação, ferindo a dignidade do cidadão. Outras queixas recaíram nos motoristas dos ônibus: ao perceberem que somente idosos é que vão embarcar, não param no ponto. Em relação ao embarque, enfrentam degraus altos nos ônibus, longo tempo de espera nos pontos dos ônibus e os arranques abruptos praticados por motoristas. Quanto a isso, Minayo (2008) comenta que tais atitudes dos condutores devem ser

compreendidas como atos de violência ou negligência danosa, e os motoristas que as cometem precisam ser responsabilizados e corrigidos, com o intuito de mudar tal situação.

No sentido de incentivar o protagonismo dos idosos, na luta pela diminuição da violência, algumas áreas do país estão sendo revitalizadas com a criação de espaços de lazer e de projetos sociais, chamados “*Cidade amiga do idoso*”, com o objetivo de estimular o envelhecimento ativo otimizando oportunidades para saúde, participação e segurança, para aumentar a qualidade de vida à medida que as pessoas envelhecem. Em termos práticos, uma cidade amiga do idoso adapta suas estruturas e serviços para torná-los mais acessíveis e promovam a inclusão de idosos com diferentes necessidades e graus de capacidade (OMS, 2008).

Esse projeto é continuação de uma iniciativa da OMS, que em 2006 buscou identificar características essenciais do ambiente urbano propícias a um envelhecimento ativo e saudável (OMS, 2008). Aqui no Brasil a “*Cidade amiga do idoso*” teve como projeto piloto, em 2007, o bairro de Copacabana, na cidade do Rio de Janeiro, por ser considerado um bairro de idosos, e depois se propagou para vários países, como Chile, Costa Rica e Austrália. Entretanto, em nossa região ainda nada se fala sobre tal projeto da OMS.

Constatamos que os idosos da nossa amostra, além de participar do grupo “*Celebra-idade*”, exercem outras atividades de lazer, sociais, culturais e espirituais na comunidade e também na família, o que os mantém ativos e com sua autonomia, a gozar de respeito e estima e socialmente incluídos.

Nossos achados corroboram a visão de Goldman & Faleiros (2008) quando descrevem que atitudes de mudança de comportamento melhoram o estilo de vida, o que, no processo de envelhecimento ativo, é caracterizado como uma forma de autocuidado para tornar-se mais saudável, mais ativo e inserido socialmente na comunidade.

Muitos idosos participam da educação continuada frequentando Universidades da Terceira Idade ou participando de cursos em centros comunitários de adultos e idosos, ou nas igrejas, atualmente existentes na maioria das cidades no país.

Os idosos aqui, em sua discussão, trouxeram a questão da pouca integração entre gerações, pois acreditam que aumentar essa integração seria

uma maneira de combater o preconceito da sociedade contra idosos e a velhice. Os idosos mencionaram o desejo de maior conscientização social sobre a realidade do envelhecimento e cogitaram a possibilidade de movimentos encetados pelos próprios idosos a favor, cada vez mais, de convivência, consideração e respeito por parte de todas as gerações.

5.2.2. AVALIAÇÃO DO GRUPO DE CONVERGÊNCIA

A avaliação geral da experiência de testagem do desenvolvimento da tecnologia cuidativo-educacional com vistas ao envelhecimento saudável, junto a um grupo de idosos moradores de uma comunidade periférica carente de Belém - PA resultou em satisfação pessoal de cada um dos participantes do estudo em termos de: exercício da cidadania; incremento na dinâmica da família do idoso enquanto partícipe do bom relacionamento familiar; trabalho coletivo de atos vivos cuidativo-educacionais acontecidos em sessões grupais, em termos de impacto na conformação de comportamentos de cuidados de saúde e do viver envelhecendo; e autoapreciação positiva da enfermeira pesquisadora, autora da presente experiência.

a) No último encontro do grupo, ao realizar um momento de reflexão com os participantes para finalizá-lo, emergiram posicionamentos tanto de avaliação grupal quanto pessoal; de avaliação positiva alegando ter sido proveitosa a experiência de participar do estudo; da mesma maneira, emitiram propostas de temas a serem abordados em novos estudos. A atividade em grupo, segundo os idosos, permitiu-lhes refletir sobre as questões abordadas, facilitando a tomada de consciência pelo aprofundamento do conhecimento acerca do envelhecimento e de intenções de mudança nas práticas de autocuidado favoráveis, de hábitos saudáveis de vida, como se pode observar em seus depoimentos:

“Foi muito bom, aprendemos muito, descobrimos coisas novas, adoramos este convívio com a enfermeira pesquisadora e o grupo ...”. (Orquídea)

“depois desses nossos encontros minha vida mudou, tenho um outro jeito de pensar em relação a como envelhecer com qualidade. Sou outra pessoa.” (Cambraia)

“Participar do grupo foi ótimo, minha mente clareou, troca-se experiências... porque aqui eu falo e vocês me escutam” (Angélica)

“No grupo passamos a entender melhor sobre os direitos dos idosos... de como cuidar-se melhor... a gente teve a oportunidade para falar o que sabemos e tirar as nossas dúvidas... a enfermeira trabalhou com brincadeiras... facilitou nosso aprendizado, nossa compreensão” (Violeta, Açucena e Girassol)

b) No último encontro foi novamente aplicado o APGAR de família com a finalidade de compará-lo com o resultado anterior da avaliação diagnóstica e verificar se a dinâmica de família do idoso sofreu alguma influência após a vivência do idoso por dois meses em práticas educativas do repensar o seu próprio envelhecimento. Tal comparação resultou que a maioria (93%) avaliou sua família com boa funcionalidade, ao contrário da 1ª aplicação, cujas respostas haviam recaído em 67% de boa funcionalidade e 20% em moderada funcionalidade. Guardadas as limitações e possíveis vieses desse resultado, considerando ser essa avaliação sob a óptica dos idosos, pode-se inferir que os idosos avaliaram suas famílias certamente posicionando-se dentro da família, cuja dinâmica é também de sua responsabilidade, denotando mudança em seu comportamento ao pensar sobre seu núcleo familiar.

c) O desenvolvimento da tecnologia cuidativo-educacional, tendo em vista o cultivo do bem viver das pessoas idosas durante o envelhecimento, realizado ainda em forma de testagem inicial, estendeu-se por dois meses, durante os quais sinalizou algumas demonstrações de conformação de comportamentos de autocuidados de saúde e do viver envelhecendo, conforme apresentados na sessão 5.2.1 acerca de Comportamentos de cultivo do bem envelhecer como conduta de autocuidado cotidiano, desdobrado em: Autocuidado em desvios de saúde – enfrentando a cronicidade; e Requisitos de autocuidado desenvolvimental – o idoso como protagonista de seu próprio envelhecimento.

Na categoria de autocuidado em desvio da saúde prevaleceram as discussões de condutas de enfrentamento da cronicidade, considerando que muitos idosos são portadores de hipertensão arterial e diabetes mellitus, e também de queixas frequentes de esquecimento, requerendo práticas de memorização. Estatística de crescente cifra de AIDS em idosos trouxe à

discussão os cuidados preventivos a dois de sexo seguro, entremeados com questões ainda que são tabus da sexualidade na velhice. Já na categoria de requisitos de autocuidado desenvolvimental, o foco centrou-se nas práticas para o envelhecimento ativo e saudável, buscando os idosos vivenciar o protagonismo de seu próprio envelhecimento. Para tal, discutiu-se enfrentar os diferentes preconceitos vigentes contra idosos e velhice, contra a sexualidade do idoso, e até mesmo os autopreconceitos que os próprios idosos deverão conscientizar-se de que têm e devem livrar-se deles. A discussão culminou com eles convencidos da necessidade de se postar como cidadão de direito em busca e em defesa da própria segurança e da vida condigna no envelhecimento.

5.3. A Enfermagem e o fortalecimento de competências para o autocuidado do idoso rumo ao protagonismo do próprio envelhecimento - síntese conclusiva

O estudo revelou-se com possibilidade de a enfermeira ser facilitadora no desenvolvimento de competências ao autocuidado e estimuladora dos idosos, por meio do desenvolvimento da tecnologia cuidativo-educacional para o cultivo do viver envelhecendo com bem-estar e qualidade, utilizando ações na horizontalidade das relações e no processo dialógico que permitem o direito a expressão, reflexão e conscientização. A enfermeira pesquisadora, autora do presente estudo de dissertação, ao inserir-se no *Grupo Celebra Idade*, da UMS, pautada na teoria do autocuidado de Orem, nos preceitos de tecnologia leve e leve-dura de Merhy e na modalidade de Pesquisa Convergente-Assistencial, percebeu quanto essa experiência trouxe contribuições, não só para fortalecer a competência para o autocuidado dos idosos para um viver mais saudável em seu envelhecimento, quanto para o aprimoramento da sua competência profissional, como enfermeira, pesquisadora e docente.

O enfermeiro que sabe ouvir e escutar, perceber, compreender e interagir pode evitar que obstáculos pessoais, diversidades culturais, de linguagem, de comunicação e limitações físicas, organizacionais e educacionais se sobreponham a seus propósitos de trabalho com pessoas, que

é estabelecer vínculos significativos e estar ciente do que é e atento ao que é um processo bilateral. A partir disso, o enfermeiro pode utilizar-se do processo de investigação, assistência e avaliação, ajustando as condições e contexto de atuação junto aos usuários, desempenhando ações e tecnologias requeridas, sequenciando-as conforme sejam compatíveis (GHISLERI, 2008).

Os encontros com o grupo proporcionaram maior possibilidade de instigar o idoso para promoção e prevenção em matéria de envelhecimento ativo e saudável, levando-os a tomar decisão quanto à defesa de seus direitos e de evitar consequências danosas para si. Ainda, conforme Merhy (1997), discutir tecnologia não é tratar de equipamentos, é debater o proceder eficaz de determinados saberes e finalidades. Essa afirmação do autor desperta nossa atenção para a ideia equivocada de que tecnologia não se compõe só de equipamentos; em sua reflexão sobre tecnologia, o autor nos remete que é no nosso saber que temos o principal patrimônio para gerarmos opções tecnológicas de atenção à saúde e para a vida.

A tecnologia cuidativo-educacional com testagem inicial e carecendo de sucessivas replicações para aprimorá-la servirá para auxiliar nas ações de cuidado de enfermagem no atendimento de usuários idosos visando ao envelhecimento saudável, incutindo-lhes sempre a necessidade desenvolver suas competências para o autocuidado, considerando o devir cidadão de defesa dos direitos humanos, de um viver condigno.

O Grupo de Convergência aqui adotado contribuiu para promover a descoberta de experiências diversas dos idosos, pois permitiu obter informações valiosas sobre os mecanismos que os levaram a empoderar-se para defender seus direitos. Identificamos o poder da ação do repartir, proposta pelo método do Grupo de Convergência, configurando-se na troca de experiências entre participantes e enfermeira pesquisadora, o que reforçou a confiança recíproca, levando o idoso a repensar acerca da sua atitude e práticas numa relação de cooperação mútua. É nesse momento que se insere a parte assistencial que cabe à PCA, pois o assistencial está embutido no processo educativo, que foi realizado durante as atividades grupais.

De acordo com Trentini & Paim (2004), o método da PCA estimula a manutenção de atividades que foram desenvolvidas em grupo, pois além de beneficiar a ampliação de conhecimentos, práticas e reforço à autonomia dos

idosos, faz com que isso reflita diretamente na assistência prestada, com a criação de alternativas para receptividade das inovações e/ou mudanças na prática.

Quanto à Teoria dos Sistemas de Enfermagem, na vertente do Sistema de apoio/educação, inseriu-se nesse contexto, por permitir que as pessoas executassem medidas de autocuidado, aprendendo a executá-las, cabendo à enfermeira apoiar cada um para transformar-se em agente capaz de autocuidar-se.

Nesse sentido, como educadora tive a oportunidade de utilizar várias atividades educacionais e lúdicas, principalmente o diálogo, como já dizia Freire (2004, p. 25): *“o diálogo é o elemento chave onde o professor e aluno são sujeitos atuantes”*.

Capítulo 6

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS E IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM

O presente estudo de desenvolvimento da tecnologia cuidativo-educacional foi realizada por uma enfermeira pesquisadora, durante dois meses em processo grupal educativo para o cultivo do bem envelhecer aplicada a um grupo de idosos moradores de uma comunidade periférica carente, do município de Belém, PA. Mesmo em se tratando ainda de modalidade de testagem inicial, pode-se considerar que foram auferidos resultados benéficos. Em linhas gerais, os resultados evidenciados na avaliação centram-se na testagem da tecnologia cuidativo-educacional enquanto método; enquanto aceitação, por parte dos idosos para os quais ela foi aplicada; enquanto estratégias educacionais, adotadas na discussão das temáticas de envelhecimento ativo e saudável; e a auto-avaliação da enfermeira pesquisadora, autora do estudo.

Síntese dos resultados

a) Essa tecnologia, fundamentada nos referenciais teóricos e metodológicos de autocuidado de Orem, de tecnologia leve e leve-dura de trabalho em ato, de Merhy, e no método de pesquisa convergente assistencial, adotando estratégia educacional pertinente, sinalizou em seu percurso demonstrações de conformação de autocuidado, como conduta de autocuidado cotidiano desdobrada em: Autocuidado em desvios de saúde – enfrentando a cronicidade; e Requisitos de autocuidado desenvolvimental – o idoso como protagonista de seu próprio envelhecimento.

b) Na avaliação, tanto grupal quanto pessoal, os idosos referiram ter sido proveitosa a experiência de participar do estudo, pois lhes permitiu refletir e aprofundar conhecimentos acerca do envelhecimento e facilitar a tomada de consciência de temas que levavam às intenções de mudança nas práticas de autocuidado e de hábitos saudáveis de vida.

c) O estudo revelou-se com possibilidade de a enfermeira ser facilitadora no desenvolvimento de competências para o autocuidado e estimuladora dos idosos, por meio do desenvolvimento dessa tecnologia, valendo-se de ações na horizontalidade das relações e no processo dialógico que permitem o direito a expressão, reflexão e conscientização. Os encontros com o grupo proporcionaram maior possibilidade de instigar o idoso para promoção e prevenção em matéria de envelhecimento ativo e saudável, levando-o a tomar decisão quanto à defesa de seus direitos e de consequências danosas para si.

d) A presente tecnologia cuidativo-educacional com testagem inicial, mas carecendo de sucessivas replicações para aprimorá-la, servirá para auxiliar nas ações de cuidado de enfermagem no atendimento de usuários idosos visando ao envelhecimento saudável, inculcando-lhes sempre a necessidade de desenvolver competências para o autocuidado, considerando o devir cidadão de defesa dos direitos humanos, de um viver condigno.

Recomendação:

Ainda que provisórios, tais resultados da aplicação de tecnologia leve e leve-dura do cuidado, fundada no trabalho de saúde em ato de cuidar, não bastam pra possibilitar sua replicação, pois tomará matizes próprios do contexto geográfico e temporal e da situação de aplicação que sempre será particular: não se descarta a individualidade da pessoa ou de um grupo de pessoas que recebe(m) os cuidados, mesmo já conformados e testados no presente estudo.

Sugere-se, pois, sua replicação em contextos e situações similares, entendendo-se como processo de transferência das descobertas e achados, sem generalizá-los, mas como um processo de sucessivo aprimoramento da

tecnologia em questão, conforme sugere o método da PCA que se realiza na prática com propósitos de descobrir ou criar novos modos de melhor cuidar.

Implicações:

Como porta de entrada do SUS, a atenção básica deveria estar mais bem equipada para acolher usuários idosos vivendo em família e comunidade. Daí, as **implicações práticas** estão, entre outras, como profissionais de saúde incluindo enfermeiros da Estratégia Saúde da Família, não prescindam no cotidiano do serviço de ações e práticas educacionais, motivadoras e reflexivas, que contribuam com a disseminação da saúde a todos os usuários, notadamente aos idosos, e assim executar o verdadeiro papel de “promotores da vida e saúde”.

Mudança de visão e de comportamento dos profissionais na atenção à saúde tem **implicações para o ensino, tanto** na formação de recursos humanos quanto na capacitação em serviço, pois hoje é imprescindível reconhecer o processo de envelhecimento humano com outro e novo olhar: o idoso como protagonista do seu próprio envelhecimento. Entretanto, só se constrói tal protagonismo através da educação, que possibilitará mudanças de visão, tanto de perspectivas individuais como de social ou coletivo.

As **implicações para a pesquisa**, como já recomendada em replicações sucessivas da tecnologia em questão, em processo de crescente aperfeiçoamento, poderão auferir, no futuro, resultados mais consistentes que deem maior significação e segurança na adoção de tecnologias cuidativo-educacionais para idosos em diferentes contextos e situações sempre visando ao envelhecimento ativo e saudável.

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.

ALVAREZ, A. M. **Tendo que cuidar: a vivência do idoso e de sua família cuidadora no processo de cuidar e ser cuidado em contexto domiciliar**. 2001. Tese. (Doutorado em Enfermagem)- PEN/UFSC, Florianópolis, 2001.

ALVES, A. M. Os idosos, as redes de relações sociais e as relações familiares. In: NERI, A. L, (Org). **Idosos no Brasil: vivências, desafios e expectativas na terceira idade**. São Paulo (SP): Editora Fundação Perseu Abramo, 2007. p.125-39.

ALVES JÚNIOR, E. D.; PAULA, F. L. A prevenção de quedas sob o aspecto da promoção da saúde. *Fitness and performance Journal*, Rio de Janeiro, vol.7, p. 123-129, 2008.

ANDRADE, H. A. S, SILVA S. K, SANTOS M. I. P. O. AIDS em idosos: Vivências dos doentes. **Rev Esc Anna Nery** (impr), Rio de Janeiro, 14 (4):712-9, oct-dec, 2010.

ASSIS, M. de. **Promoção da saúde e envelhecimento: orientações para o desenvolvimento de ações educativas com idosos**. Rio de Janeiro CRDE UnATI UERJ, 2002 p. Série Livros Eletrônicos Programas de Atenção à Idosos.2002.

AYRES, J. R. C. M.; Cuidado e humanização das práticas de saúde. In: DESLANDES, S.F, (Org.). **Humanização dos cuidados em Saúde: conceitos, dilemas e práticas**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006. p. 49-83.

BAHIA, V. S, CARAMELLI, P. Prevenção do declínio cognitivo relacionado à idade. In: Jacob Filho W, Carvalho ET, editores. **Promoção da saúde do idoso**. São Paulo: Lemos; 2006. p. 45-53

BALBINO, C. M. et al. Aplicação da tecnologia do cuidado aos pacientes: uma revisão integrativa da literatura. In: 5º CBEN. 61º Congresso Brasileiro de Enfermagem. **Anais**. Fortaleza, 2009.

BANCO MUNDIAL. **Envelhecendo em um Brasil mais velho**. Washington, D. C: Banco Internacional para a reconstrução e desenvolvimento – Banco Mundial, 2010.

BARRA, D. C. C. et al. Evolução histórica e impacto da tecnologia na área da saúde e da enfermagem. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 08, n. 03, p. 422 - 430, 2006. Disponível em http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_3/v8n3a13.htm

BARROS, M. B. et al. Alcohol Drinking Patterns: Social and Demographic Differences in the Municipality of Campinas, State of São Paulo, Brazil, 2003. **Epidemiol. Serv. Saúde**, vol.17, no.4, p.259-270. ISSN 1679-4974, 2008.

BARROSO, M. G. T.; SANTOS, Z. M. de A. **A interdisciplinaridade na fundamentação da promoção da saúde**. In: BARROSO, M. G. T. e outros (Org.). Educação em saúde no contexto da promoção humana. Fortaleza- Ce: Edições Demócrito Rocha, 2003.

BENEDETTI, T. R. B. et al. O idoso institucionalizado: avaliação da capacidade funcional e aptidão física. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 26 (9):1738-1746, set, 2010.

BENEDETTI, T. R. B.; MAZO, G. Z.; BORGES, L. J. Condições de saúde e nível de atividade física em idosos participantes e não participantes de grupos de convivência de Florianópolis. **Ciência & Saúde Coletiva**, 17 (8): 2087-2093, 2012.

BEEVERS, D. G, MACGREGOR, G. A. **Hipertensão na prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2000.

BERTOLUCCI, P. (2000). Instrumentos para rastreio das demências. In O. V. Forlenza (Ed.), **Neuropsiquiatria Geriátrica** p. 65-80. São Paulo, SP: Atheneu. 2000.

BORGES, P. L. C, et al. Perfil dos idosos frequentadores de grupos de convivência em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Cad Saúde Pública [Internet]**. 2010 [cited 2013 Mar 20]; 24(12):2798-808. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n12/08.pdf>

BRAGA, P. E. ; CARDOSO, M. R. A.; SEGURADO, A.C. Diferenças de gênero ao acolhimento de pessoas vivendo com HIV em serviço universitário de referência de São Paulo, Brasil. **Cad saúde pública [Internet]**:23(11):2653-62, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n11/12.pdf>

BRASIL. 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 GM nº 1.395, de 10 de dezembro de 1999. **Aprova a Política Nacional de Saúde do Idoso e dá outras providências**. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 13 dez.1999.

_____. **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.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília; 2004.

_____. 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 da Saúde. **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: 20 de maio de 2012.

_____. 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).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento**. 2006.p.191.

_____. 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).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa: Manual de preenchimento**. 1.ed. Brasília-DF, 2008.

_____. 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.

_____. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, Área Técnica Saúde do Idoso. – Brasília, 2010. 44 p.: il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006, v. 12).

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão [Internet]. Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010 [2013 Oct 16]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadores_minimos/sinteseindicsoais2010/SIS_2010.pdf

_____. Ministério da Saúde – Coordenação Nacional DST/Aids – Vigilância Epidemiológica. **Boletim Epidemiológico de AIDS ano III** – no 1. Brasília; janeiro a junho de 2010.

CALDAS, C. P. Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.19, n.3, p.773-81, 2003.

CAMARANO, A.A; KANSO, S; MELO, J.L; Como vive o idoso brasileiro? In: CAMARANO, A.A, (Org.). **Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?** Rio de Janeiro: IPEA; 2004. p. 25-73.

CAMARANO, A. A. “Mudanças na população brasileira e implicações para as políticas públicas”, realizada na Emplasa, na última quinta-feira, dia 6/5/2010;14/05/2010. Disponível em:<http://memoriadodae.wordpress.com/2010/05/14/ana-amelia-camarano-especialista-do-ipea-comenta-a-situacao-da-populacao-do-futuro-e-o-seu-envelhecimento>. Acesso em: 09 de outubro de 2012.

CASTRO, S. et al. Sexualidade na terceira idade - a percepção do enfermeiro da estratégia saúde da família. **Rev. enferm UFPE on line**. [DOI: **10.5205/01012007 / Qualis B 2**], Recife (PE), 7, ago. 2013. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/4606>. Acesso em: 14 Out. 2013.

CHAIMOWICS, F. Epidemiologia e o envelhecimento populacional no Brasil. In: FREITAS, E. V. de et al. (Org.) **Tratado de geriatria e gerontologia**. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 106-130. 2006.

_____. et al. **Saúde do idoso**. Nescon/UFMG, Belo Horizonte: Coopmed, 2009.

CRESWELL, J.W. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto**. 3ª ed. Porto Alegre: 2010.

CORTELLETTI, I. A.; CASARA, M. B.; TONI, I. M.. **Aprender depois dos 50**. Caxias do Sul: Educus, 2007.

DRULLA, A. G, et al. A visita domiciliar como ferramenta ao cuidado familiar. **Cogitare Enferm [Internet]**. 2009 Oct/Dec;14(4):667-74. Disponível em: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/16380/10861>. Acesso em 10 de fevereiro de 2014.

DUARTE, Y. A. O. Família: rede de suporte ou fator estressor. A ótica de idosos e cuidadores familiares. Tese. 2001. São Paulo- SP: Escola de Enfermagem da USP. 2001

FIOCRUZ. Escola Nacional de Saúde Pública. Educação a distância. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa./ Fundação Oswaldo Cruz. Org. BORGES, A. P. A; COIMBRA, A. M. C. Rio de Janeiro. EAD/ENSP, 2008.

FLECK, M. P.A. (Coord.). **Versão em português do instrumento de avaliação de Qualidade de Vida (WHOQOL) 1998** – anexo: WHOQOL abreviado-versão em português. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/psiq/whoqol84.html>>. Acesso em: 27 ago.2012.

FOSTER, P. C; JANSSENS, N. P; OREM, D.E. In: GEORGE, J. B; et al. **Teorias de Enfermagem: Os fundamentos para a pratica profissional (trad.)**. Porto Alegre. Artes Médicas, 1993.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 29 ed. São Paulo: Paz e Terra, 2004.

FREITAS, E. V.; PY, L. et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 3 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

FRIED, L.P; et al. Untangling the concepts of disability, frailty, and comorbidity: implications for improved targeting and care. **J Gerontol A Biol Sci Med Sci**. 59:255-63. 2004.

GHISLERI, Daniela Linhares da Silva. **Competência para o autocuidado da mulher que vivencia o processo de gestar**: contribuições para a Enfermagem. 2008. 181p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2008.

GOLDMAN, S. N.; FALEIROS, V de. P. Determinantes do envelhecimento ativo. In: Org. BORGES, A. P. A; COIMBRA, A. M. C. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Rio de Janeiro. EAD/ENSP, 2008.

GONÇALVES, L. H. T.; SCHIER, J. “Grupo Aqui e Agora” - Uma tecnologia leve de ação sócio-educativa de enfermagem. **Texto Contexto Enfermagem**. Abr-Jun; 14(2): 271-9, 2005.

GONÇALVES, L. H. T. A complexidade do cuidado na prática cotidiana da enfermagem gerontogeriatrica. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 13, n. 3. p. 507-18, 2010.

GONÇALVES, L. H. T; et al. Perfil da família cuidadora de idoso doente/fragilizado do contexto sociocultural de Florianópolis, SC. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, Out-Dez; 15(4): 570-7, 2006.

GONÇALVES, L. H. T; ALVAREZ, A. M.; SANTOS, S M A. A enfermagem gerontogeriatrica e sua especificidade. In: GONCALVES, H. T.G; TOURINHO, F. S. V. (Org.). **Enfermagem no cuidado do idoso hospitalizado**. Barueri, SP. Manole, 2012.

GONÇALVES, L. H. T; et al. Tecnologias de/em enfermagem no cuidado da vida e saúde do cliente/usuário/paciente idoso. In: NIETSCHKE, E. A.; TEIXEIRA, E.; MEDEIROS, H. P. (Org.) **Tecnologias cuidativo-educacionais**:

Uma possibilidade para o empoderamento do(a) enfermeiro(a)?. Porto Alegre: Moriá, p. 125-146, 2014.

GRADIM, C. V. C.; SOUSA, A. M. M.; LOBO, J. M. A prática sexual e o envelhecimento. **Cogitare Enferm [Internet]**; 12 (2).2007. Disponível em: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/viewArticle/-9826>

HAMMERSCHMIDT, K.S.A.; LENARDT M.H.; Tecnologia educacional inovadora para o empoderamento junto a idosos com diabetes Mellitus. **Texto Contexto de Enfermagem**, Florianópolis, 19(2): 358-65. Abr-Jun, 2010.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico**. Rio de Janeiro: 2000. Disponível em: www.ibge.gov.br (IBGE, censo sinopse 2000).

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional por amostra de domicílios**. Rio de Janeiro: IBGE, 2008. Disponível em: www.ibge.gov.br (IBGE, Síntese de indicadores 2008).

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. Disponível em: www.ibge.gov.br (IBGE, censo sinopse 2010).

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Metodologia das estimativas da população residente nos municípios brasileiros com data de referência em 1º de julho de 2012**. Rio de Janeiro. 2012.

KALACHE, A.; O mundo envelhece: é imperativo criar um pacto de solidariedade social. **Rev. Ciência e Saúde Coletiva**, v.13, nº. 004, Rio de Janeiro, julho- agosto, 2008.

KARSCH, U. M. S. Idosos dependentes: famílias e cuidadores. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro v.19, n.3, p. 861-866, 2003.

KOERICH, M.S; et al. Tecnologias de cuidado em saúde e enfermagem e suas Perspectivas filosóficas. **Texto Contexto de Enfermagem**, Florianópolis, 15 (Esp): 178-85, 2006.

LAZZAROTTO, A. R. et al. O Conhecimento de HIV/AIDS na Terceira idade: estudo epidemiológico no Vale dos Sinos. **Ciêns saúde coletiva [Internet]**. 2008 Nov/Dec;13(6):1833-40. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232008000600018&script=sci_arttext, Acesso em: 12 de agosto 2013.

LEBRÃO, M.L.; LAURENTI, R. Saúde, bem-estar e envelhecimento: o estudo SABE no município de São Paulo. **Revista Brasileira Epidemiológica**. V. 8, p. 127-141, 2005.

LIMA-COSTA, M. F.; CAMARANO, A. A. Demografia e epidemiologia do envelhecimento no Brasil. In: MORAES, E. N. **Princípios básicos de geriatria e gerontologia**. Belo Horizonte: Coopmed, cap. 1, p. 3-19. 2009.

LIMA C. A. de.; TOCANTINS ,F. R. Necessidades de saúde do idoso: perspectivas para a enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, 62(3): 367-73, maio-jun, 2009.

LIMA, M. de. **Vulnerabilidade de gênero e mulheres vivendo com HIV AIDS: repercussões para a saúde**. 2012. 216 f. Tese (doutorado em ciências)-Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.

MARTINS, J.J. et al. Necessidades de educação em saúde dos cuidadores de Pessoas idosas no domicílio. **Texto Contexto de Enfermagem**, Florianópolis, 16(2): 254-62, Abr-Jun, 2007.

_____. J. J; et al. O cuidado no contexto domiciliar: o discurso de idosos/familiares e profissionais. **Revista Enfermagem UERJ**, 17(4):556-62, 2009.

MARTINS, M. S, MASSAROLLO, M. C. K. B. Mudanças na assistência ao idoso após promulgação do Estatuto do Idoso segundo profissionais de hospital geriátrico. **Rev Esc Enferm USP.**; 42(1):26-33, 2008

McEWEN, M.; WILLS, E. M. **Bases teóricas para a enfermagem**. 2ª Ed. Tradução: Ana Maria Thorell. Ed. Artmed. p.576. 2009.

MEIER, M. J. **Tecnologia em enfermagem: o desenvolvimento de um conceito**. 2004. Tese (doutorado em Enfermagem). PEN/UFSC, Florianópolis (SC), 2004.

MEIRA, E.C; GONÇALVES, L. H .T; et al. Fatores de risco de maus tratos ao idoso na relação idoso/cuidador em convivência intrafamiliar. Rio de Janeiro. **Textos sobre envelhecimento**. v. 7, n.2, p. 63-84, 2004.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. p. 549.

_____. E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. p. 512.

MENDES, A. C. G.; et al. Assistência pública de saúde no contexto da transição demográfica brasileira: exigências atuais e futuras. Artigo. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 28(5): p. 955-964, mai, 2012.

MERCEDES, Z. G. et al. Funcionamiento social del adulto mayor. **Cienc Enferm [online]**, 2006, 12(2). Disponível em: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-95532006000200007&script=sci_arttext. Acesso em 30 de setembro de 2013.

MERHY, E.E, Onocko R, (Org.). **Praxis em salud un desafio para ló público**. Buenos Aires (AR): Lugar Editorial; 1997. p.71-112.

_____. E. E. et al. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia-a-dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: Merhy EE. Praxis en salud un desafío para lo publico. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 113-150.

_____. E. E. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: Campos, C. R. et al. **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público**. São Paulo: Xamã. 1998. p. 103-120.

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

MINAYO, M. C. S. **Violência contra o idoso: o avesso do respeito à experiência e à sabedoria**. 2ª ed. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2005. Disponível em: <http://www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br/biblioteca/livros/18.pdf>. Acesso em: 05 julho 2013.

_____. M. C. S. Violência e maus-tratos contra a pessoa idosa: é possível prevenir e superar. In: Born T, organizadora. Cuidar melhor e evitar a violência: manual do cuidador da pessoa idosa. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos; p. 38-45. 2008.

MIRANDA, S. A. **Autocuidado de mulheres residentes no Município de Benevides/PA na prevenção e controle de HPV – participação da (o) enfermeira (o)**. 2013. Mestrado (Programa de Pós-graduação em Enfermagem). Instituto de Ciências da Saúde. Universidade Federal do Pará, Belém, Pará, 2013.

MORAES, E. N. **Princípios básicos de geriatria e gerontologia**. Belo Horizonte: Coopmed, 2008.

MORAES, E. N. **Estratégias de prevenção e gestão da clínica**. Belo Horizonte: Folium, 2011.

MORAES, E. N. **Atenção à saúde do Idoso: Aspectos Conceituais**. / Edgar Nunes de Moraes. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MUNIZ, R. P. Crimes decorrentes de preconceito/Lei nº 7.716/89 análise dos princípios e dos mandados de criminalização. **Rev. Intertemas**. Toledo. p. 249-279. 2009.

NERI, A L.; CARVALHO, V. A. L. O bem-estar do cuidador: aspectos psicossociais In: FREITAS, E. V. et al (Org.). **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

NERI, A. L. Maturidade e velhice. Campinas: Papyrus, 2001. NIETSCHE, E. A; LEOPARDI, M.T. O saber da enfermagem como tecnologia: a produção de enfermeiros brasileiros. **Texto Contexto Enferm**, 9 (1): 129-52, Jan-Abr, 2000.

_____. A. L. Envelhecimento e qualidade de vida na mulher. In: 2º Congresso Paulista de Geriatria e Gerontologia e Envelhecimento, 2007. São Paulo, **Anais**, São Paulo. Disponível em: <<http://portalenvelhecimento.org.br/artigos/maio2007/2congresso.pdf>>. Acesso em: 2 out. 2013.

NERI, A. L.; GUARIENTO, M. E. Fragilidade, saúde e bem-estar em idosos: dados do estudo FIBRA Campinas, São Paulo: Editora Alínea, 2011.

OMS - Organização Mundial de Saúde. **Relatório mundial sobre violência e saúde**. Genebra: OMS, 2002. 380p. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/cedoc/hpp/ml03/0329.pdf>>. Acesso em: 20 abril 2012.

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

_____. **Guia Global: Cidade Amiga do Idoso**. Genebra, 2008.

PAIM, L.; TRENTINI, M.; MADUREIRA, V. S. F.; STAMM, M. **Pesquisa convergente-assistencial e sua aplicação em cenários da enfermagem**. COGITARE ENFERM. JUL/SET; 13(3):380-6. 2008.

PAIVA, M. C. M. S. et al. Caracterização das quedas de pacientes segundo notificação em boletins de eventos adversos. **Rev. Esc. Enferm. USP**. Vol.44, nº.1, São Paulo, Março, 2011.

PAVARINI, S. C. I.; et al. Quem irá empurrar minha cadeira de rodas? A escolha do cuidador familiar do idoso. **Rev Eletr Enferm [online]**. 2006. Disponível em http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_3/v8n3a03.htm. Acesso em: 10 de julho de 2013.

PAVARINI, S.C.I. et al. Família e vulnerabilidade social: um estudo com octogenários. **Rev Latino-am Enfermagem**, v.17, n.3, maio-junho, 2009.

PEIXOTO, S.V; FIRMO, J. O. A; LIMA-COSTA, M. F. Fatores associados ao hábito de fumar entre idosos (Projeto Bambuí). **Rev. Saude Publica**, 39 (5):746-753, 2005.

POLARO, S.H.I. **Gerenciando o cuidado de enfermagem ao usuário idoso na Estratégia Saúde da Família**. 2011. 162 f. Tese (doutorado em Enfermagem). Florianópolis: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 2011.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5ª Ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

PORTELLA, M.R. Cuidado familiar do idoso: desafio. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, 13(3):501-506, 2010.

PRADO, M. L. et al; Produções tecnológicas em enfermagem em um curso de mestrado. **Texto & Contexto Enfermagem**, Vol. 18, Núm. 3, p. 475-481, julio-septiembre, 2009.

RAMOS, M. P. **Apoio social e saúde entre idosos**. Sociologias, Porto Alegre, ano 4, nº 7, jan/jun 2002, p. 156-175. 2002.

ROCHA, K. P. Cuidado e tecnologia: aproximações através do Modelo de Cuidado Revista Brasileira de Enfermagem, vol. 61, núm. 1, enero-febrero, pp. 113-116 Associação Brasileira de Enfermagem Brasília, Brasil, 2008.

ROCHA, C. M. F.; DIAS, S. F.; GAMA, A. F. Conhecimentos sobre o uso de contraceptivos e prevenção de DST: a percepção de mulheres imigrantes. **Cad Saúde Pública** [Internet]. 2010 (5):1003-12. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n5/22.pdf> . Acesso em: 10 de abril de 2013.

ROSSET, I. et al. Tendências dos estudos com idosos mais velhos na comunidade: uma revisão sistemática (inter)nacional; **Rev. Esc. Enferm. USP**. 45(1):264-71; www.ee.usp.br/reeusp. 2011.

ROSSI, F. R.; LIMA, M. A. D. L. Acolhimento: tecnologia leve nos processos gerenciais do enfermeiro. **Revista Brasileira de Enfermagem**, 58(3):305-10. Maio-jun, 2005.

SANTOS, N. J. S. et al. Contextos de vulnerabilidade para o HIV entre mulheres brasileiras. **Cad saúde pública** [Internet] 2009, 25(2): 321-33. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v25s2/14.pdf>. Acesso em: 10 de janeiro de 2014.

SANTOS, A. F. M.; ASSIS, M. Vulnerabilidade das idosas ao HIV/AIDS: despertar das políticas públicas e profissionais de saúde no contexto da atenção integral: revisão de literatura. **Rev bras geriatr gerontol** [Internet]. 2011;14(1):147-57. Disponível em: <http://revista.unati.uerj.br/pdf/rbgg/v14n1/v14n1a15.pdf> . Acesso em: 20 de janeiro de 2014.

SCHIER J. **Tecnologia de educação em saúde: O Grupo Aqui e Agora**. Porto Alegre: Sulina; 2004.

SILVA, D.C.; ALVIM, N. A. T.; FIGUEIREDO, P. A. Tecnologias leves em saúde e sua relação como cuidado de enfermagem hospitalar. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, 12 (2): 291 – 8, jun, 2008.

SILVA, J. C. et al. Sexualidade na terceira idade: uma revisão bibliográfica. **Revista Interdisciplinar Novafapi** [Internet]. 2009 Oct-Dec, 2(4):53-8. Disponível em: <http://www.novafapi.com.br/sistemas/revistainterdisciplinar/pdf/revistavol2n4.pdf> . Acesso em: 20 de janeiro de 2014.

SILVEIRA, T. M.; CALDAS, C. P.; CARNEIRO, T. F. Cuidando de idosos altamente dependentes na comunidade: um estudo sobre cuidadores familiares principais. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 22 (8):1629-1638, ago, 2006.

SILVESTRE, J. A.; COSTA NETO, M. M. Abordagem do idoso em programas de saúde da família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, maio/jun. 2003.

SMEKE, E. de L. M.; OLIVEIRA, N. L. S. Educação em Saúde e Concepções de Sujeito. In: VASCONCELOS, E. M. (Org). **A Saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da Rede Popular de Educação e Saúde**. São Paulo: Hucitec, 2001.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA / SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO / SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. **VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão**. Arq Bras Cardiol, 95 (1 supl.1): 1-51, 2010.

SOCCI, V. Vida afetiva e amorosa do adulto idoso. In: WITER, C.; BURITI, M. de A. (Org.) **Envelhecimento e contingências da vida**. (coleção velhice e sociedade). Campinas, SP: Editora alínea, 2011.

SOUSA, F. de J. D. de. Diagnóstico das condições de vida e saúde de idosos da Estratégia Saúde da Família do Município de Benevides- Pa. 2014. Mestrado (Programa de Pós-graduação em Enfermagem). Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Pará, 2014.

SOUSA, J. L. Sexualidade na terceira na terceira idade: uma discussão da AIDS, envelhecimento e medicamentos para disfunção erétil. DST – **J bras doenças sex transm** [Internet]. 2008, 20(1): 59-64. Disponível em: <http://www.dst.uff.br//revista20-1-2008/9.pdf>. Acesso em: 21 de janeiro de 2014.

SOUSA, M. C. P.; SANTO, A. C. G. E.; MOTTA, S. K. A. Gênero, Vulnerabilidade das Mulheres ao HIV/AIDS e Ações de Prevenção em Bairro da Periferia de Teresina, Piauí, Brasil. **Saúde Soc [Internet]**. 2008, 17 (2):58-68. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902008000200007&script=sci_arttext . Acesso em: 21 de janeiro de 2014.

SOUSA, A. C.; SUASSUNA, D. S. B.; COSTA, S. M. L. Perfil Clínico-Epidemiológico de Idosos com Aids. DST - **J bras doenças sex transm [Internet]**. 2009, 21(1): 22-26. Disponível em: < [http://www.dst.uff.br//revista21-1-2009/5-Perfil%20Clinico-Epidemiologico-%20JBDST%2021\(1\)%202009.pdf](http://www.dst.uff.br//revista21-1-2009/5-Perfil%20Clinico-Epidemiologico-%20JBDST%2021(1)%202009.pdf) > Acesso em: 15 de janeiro de 2014.

SOUZA, R. R. Alterações anatômicas do sistema nervoso central associadas ao envelhecimento. In: JACOB FILHO, W.; CARVALHO FILHO, E. T. editores. **Envelhecimento do sistema nervoso e a dor no idoso –monografias em geriatria III**. São Paulo: FMUSP, 2008.

SOUZA, R. F. S.; SKUBS, T.; BRÊTAS, A. C. P. Envelhecimento e família: uma nova perspectiva para o cuidado de enfermagem. **Rev Bras Enferm.** 60 (3):263-7. Mai-Jun, 2007.

SZYMANSKI, H. **Práticas educativas familiares: a família como foco de atenção psicoeducacional.** *Estud Psicol.* 21(2):5-16, 2004.

TAYLOR, S. G.; Dorothea E. OREM - Teoria do Déficit de Auto-Cuidado de Enfermagem. In: TOMEY, A. M.; ALLIGOOD, M.R. **Teóricas de Enfermagem e a sua Obra.** Portugal: Lusociência, p. 211-35. 2004.

TEIXEIRA, M. L. O.; FERREIRA, M. A. Uma tecnologia de processo aplicada ao acompanhante do idoso hospitalizado para sua inclusão participativa nos cuidados diários. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis,; 18(3), p. 409-17, Jul-Set, 2009.

TORRES, V.; REIS, L.A.; FERNANDES, M. H. Qualidade de vida e fatores associados em idosos dependentes em uma cidade do interior do Nordeste. **J Bras Psiquiatr.** 58(1):39-44, 2009.

TONIOLO NETO, J.; RAMOS, L. R. **Guia de Geriatria e Gerontologia.** São Paulo: Manole; 2005.

TRENTINI, M.; GONÇALVES, L. H. T.; Pequenos grupos de convergência: um método no desenvolvimento de tecnologias na enfermagem. **Texto Contexto Enferm.** 9 (1):63-78, 2000.

TRENTINI, M.; PAIM, L. **Pesquisa convergente-assistencial:** um desenho que une o fazer e o pensar na prática assistencial em saúde-enfermagem. Florianópolis: Insular, 2004.

UCHÔA, E.; FIRMO, J. O. A.; COSTA, M.F. DE LIMA. Envelhecimento e saúde: experiência e construção cultural. In: MINAYO, M.C; COIMBRA Jr C. E. A. (Org). **Antropologia, saúde e Envelhecimento.** Capítulo 1. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002.

VASCONCELLOS, D. et al. A sexualidade no processo do envelhecimento: novas perspectivas comparação transcultural. **Estud Psicol (Campinas) [Internet].** 2004 Sep-Dec; 9 (3): 413-9. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v9n3/a03v09n3.pdf>.
12. Acesso em 30 de agosto de 2013.

VERAS, R. P. Modelos contemporâneos no cuidado à saúde. **Revista USP,** São Paulo, n. 51, p. 72-85, set-nov, 2001.

VICTOR, J. F.; XIMENES, L. B.; ALMEIDA, P. C. de; VASCONCELOS, F. de. Perfil sociodemográfico e clínico de idosos atendidos em Unidade Básica de Saúde da Família. **Acta Paul Enferm;** 22(1):49-54.2009.

YASSUDA, M. S, LASCA, V. B., & NERI, A. L. (2005). Meta-memória e auto-eficácia de instrumentos de pesquisa. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, 18(1), 78-90.

YASSUDA, M. S., TAVARES-BATISTONI, S. S., FORTES, A. G., & NERI, A. L. (2006). Treino de memória no idoso saudável: Benefícios e mecanismos. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, 19 (3), 470-481.

ANEXOS

APÊNDICE- A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Prezado usuário

O (a) senhor (a) está sendo convidado (a) a participar da pesquisa: “**o cultivo do bem viver das pessoas idosas e a tecnologia cuidativo-educacional de enfermagem**”. Essa pesquisa está sendo realizada pela enfermeira e mestranda Thais Monteiro Goes, para elaborar sua Dissertação do Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Pará, sob a orientação da Professora Doutora Lucia Hisako Takase Gonçalves e tem como objetivos: a) Realizar avaliação diagnóstica de condições de vida e saúde no contexto de atenção aos usuários idosos da UMS do Guamá. b) Testar o desenvolvimento de uma tecnologia cuidativo-educacional para idosos usuários da UMS do Guamá, com base nas necessidades detectadas na avaliação diagnóstica, tendo em vista o bem viver das pessoas idosas durante o envelhecimento.

Com esse estudo pretende-se desenvolver uma tecnologia cuidativo-educativa em saúde, para usuários idosos e seus familiares, visando proporcionar uma melhor qualidade no atendimento ao binômio idoso/família.

Sua participação será responder quatro instrumentos para obtenção de dados à pesquisa, tais como: Caderneta de saúde da pessoa idosa (MS, 2010), Apgar de família para os idosos (Smilkstein-versão na língua portuguesa validada por Duarte, 2001);

Seu nome não será divulgado em nenhuma hipótese. Todos os dados coletados serão analisados e divulgados de modo a não revelar sua identidade em nenhum momento, preservando assim o anonimato de todas as informações. Queremos também deixar claro que sua participação nesta pesquisa é de livre e espontânea vontade, podendo o (a) senhor (a) recusar-se a participar dela, como também desistir de participar mesmo que já tenha iniciado e ainda recusar-se a responder parte dos questionamentos se assim o desejar. Isso não lhe trará nenhum prejuízo nem problemas no seu

atendimento nos encontros do grupo de idosos ou em qualquer outro programa de saúde.

Caso persista alguma dúvida, estamos à disposição para esclarecê-la a qualquer momento, Mestranda Thais Monteiro Goes (91) 8121-7078 – email:tais23@yahoo.com.br ou ainda com a Profa. Dra. Lucia Hisako Takase Gonçalves (91) 3201-8577 ou (48) 9991-5193.

Profa. Dra. Lúcia Hisako Takase Gonçalves
Pesquisadora Responsável

Thais Monteiro Goes
Pesquisadora Principal

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 da pesquisa cooperando na coleta de dados.

Belém, ____ / ____ / ____

Assinatura do (a) participante:

Nota: o presente documento será assinado em duas vias: uma ficará de posse do participante da pesquisa e outra, com a pesquisadora.

APÊNDICE B

ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO E REGISTRO DOS ENCONTROS

MOMENTO 1 – INICIAL

- a) Pontualidade do encontro? Houve?
- b) Como é feito o acolhimento dos idosos?
- c) Como está o interesse dos participantes?
- d) Quantos participantes presentes hoje no grupo? (manter uma folha de presença para acompanhar a frequência em todos os encontros).

MOMENTO 2 – DURANTE

- a) Quais atividades foram realizadas?
- b) Quais acordos foram feitos?
- c) Quais ideias emergiram?
- d) Houve algum idoso que ficou mais isolado/retido hoje? Quantos?
- e) Houve algum idoso que se destacou no grupo? Quantos?
- f) Houve entrosamento entre os participantes?
- g) O que a facilitadora desenvolveu para manter a coesão e participação de todos os membros do grupo?

MOMENTO 3 – FECHAMENTO

- a) Quais os comentários finais dos participantes?
- b) Quais as tarefas/acordos para o próximo encontro?
- c) Outras observações:

APÊNDICE C
CALENDÁRIO GUIA

ENCONTRO

Dia: ____/____/____ Horário: 9:00h – 11:00h

- a) Temática a trabalhar: _____
b) Objetivo(s): _____

- c) Estratégias educacionais:

- d) Tarefas individuais ou em pequeno grupo durante a semana: _____

- e) Outras ideias processuais a adotar: _____

- f) Avaliação no final do encontro: síntese de avanços (pontos positivos), retrocessos e busca de novas estratégias para solução, propostas de outras explorações futuras:

- g) Outras observações:

ANEXO- A

CADERNETA DO IDOSO DO MS

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 SAUDE É

Data	Categoria				
	Muita Boa	Boa	Regular	Ruim Muito	Ruim

6. MEUS PROBLEMAS ATUAIS DE SAÚDE SÃO:

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____
- 4) _____
- 5) _____

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, pelo 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: ___/___/___

US: _____

Ass.: _____

Dose: _____

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- B

APGAR DE FAMÍLIA DE SMILKSTEIN - VERSÃO NA LÍNGUA PORTUGUESA VALIDADA POR DUARTE, 2001.

(a ser respondido pelo (a) idoso (a), sem a interferência do familiar cuidador)

Aplicador (a): _____

Data de aplicação: _____

“Família” é (são) o(s) indivíduo(s) com o(s) qual (is) você habitualmente vive.

Caso você more sozinho (a), considere família como aquelas pessoas com as quais você tem atualmente os laços emocionais mais fortes.

As seguintes perguntas foram elaboradas para nos ajudar a compreender você e sua família. Sinta-se a vontade para fazer perguntas sobre qualquer questionário.

Os espaços para comentários devem ser usados quando você desejar fornecer informações adicionais ou discutir a maneira pela qual a pergunta se aplica à família.

Por favor, tente responder a todas as perguntas.

Para cada pergunta, assinale apenas um quadradinho.

Questões	Sempre	Quase Sempre	Algumas Vezes	Raramente	Nunca
1-Estou satisfeito (a) pois posso recorrer à minha família em busca de ajuda quando alguma coisa esta me incomodando ou me preocupando.					
Comentários					
2-Estou satisfeito (a) pela maneira pela qual minha família e eu conversamos e compartilhamos problemas.					
3-Estou satisfeito (a) com a maneira que minha família aceita e apóia meus desejos de iniciar ou buscar novas atividades e procurar novos caminhos e direções.					
Comentários					

4-Estou satisfeito (a) com a maneira pela qual minha família demonstra afeição e reage às minhas emoções, tais como raiva, mágoa ou amor.					
Comentários:					
5-Estou satisfeito (a) com a maneira pela qual minha família e eu compartilhamos o tempo.					
Comentários:					

QUEM VIVE EM SUA CASA?*				Por favor, assinale a coluna (abaixo) que melhor descreva COMO ATUALMENTE VOCÊ SE DÁ COM CADA MEMBRO DE SUA FAMÍLIA constante da lista		
RELACIOAMENTO PARENTESCO	IDADE	SEXO		BEM	MAIS OU MENOS	MAL
		MASCULINO	FEMININO			

*Caso você tenha constituído sua própria família, considere CASA como o lugar onde você vive com seu conjugue, filho (s) ou outra pessoa significativa; caso contrário, considere CASA como seu lugar de origem, por exemplo, o lugar onde seus pais ou aqueles que o criaram vivem.

** “PESSOA SIGNIFICATIVA” é o (a) com quem você vive em um relacionamento protetor do ponto de vista físico e emocional, mas com o (a) qual você não está casado (a).

ANEXO C

CARTA DE ACEITE DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EM SERES HUMANOS



Carta Provisória: 021/12 CEP-ICS/UFPA

Belém, 17 de abril de 2012.

Profª. Drª. Lucia Hisako Takase Gonçalves.

Senhora Pesquisadora,

Temos a satisfação de informar que seu projeto de pesquisa "IDOSOS DE COMUNIDADES PERIFÉRICAS DA REGIÃO AMAZÔNICA: CUIDADOS DE VIDA E SAÚDE, CIDADANIA E INCLUSÃO SOCIAL NO PROCESSO DE ENVELHECIMENTO." de parecer nº 027/12 CEP-ICS/UFPA, foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará, na reunião do dia 11 de abril de 2012.

Assim, Vossa Senhoria tem o compromisso de entregar a este CEP, no dia 30 de março de 2014, um relatório indicando qualquer alteração que possa ocorrer após a aprovação do protocolo.

Atenciosamente,

Prof. Dr. Wallace Raimundo Araújo dos Santos.
Coordenador do CEP-ICS/UFPA