

PUCRS

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GERONTOLOGIA BIOMÉDICA

MARIA HELENA GEHLEN

**OS PROCESSOS DE ENSINO E DE APRENDIZAGEM: A DIMENSÃO EDUCATIVA NA
PROMOÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE DA PESSOA IDOSA**

Porto Alegre
2019

PÓS-GRADUAÇÃO - *STRICTO SENSU*



Pontifícia Universidade Católica
do Rio Grande do Sul

MARIA HELENA GEHLEN

**OS PROCESSOS DE ENSINO E DE APRENDIZAGEM: A DIMENSÃO EDUCATIVA
NA PROMOÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE DA PESSOA IDOSA**

Defesa da Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Gerontologia Biomédica, na Linha de Pesquisa: Aspectos Socioculturais, Demográficos e Bioéticos no Envelhecimento, da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul - PUCRS

Orientador: Prof. Dr. Moisés Evandro Bauer

Porto Alegre
2019

Ficha Catalográfica

G311p Gehlen, Maria Helena

Os processos de ensino e aprendizagem : a dimensão educativa na promoção do cuidado em saúde da pessoa idosa / Maria Helena Gehlen . – 2019.

128 f.

Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica, PUCRS.

Orientador: Prof. Dr. Moisés Evandro Bauer.

1. Idoso. 2. Dimensão Educativa. 3. Ensino. 4. Aprendizagem. 5. Avaliação Multidimensional. I. Bauer, Moisés Evandro. II. Título.

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da PUCRS
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Bibliotecária responsável: Salete Maria Sartori CRB-10/1363

MARIA HELENA GEHLEN

**OS PROCESSOS DE ENSINO E DE APRENDIZAGEM: A DIMENSÃO EDUCATIVA
NA PROMOÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE DA PESSOA IDOSA**

Defesa da Tese de Doutorado apresentada ao
Programa de Pós-graduação em Gerontologia
Biomédica, na Linha de Pesquisa: Aspectos
Socioculturais, Demográficos e Bioéticos no
Envelhecimento, da Pontifícia Universidade
Católica do Rio Grande do Sul - PUCRS

Aprovada em: _____ de _____ de _____.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr .Moisés Evandro Bauer- PUCRS

Dra. Janete de Souza Urbanetto – PUCRS

Dra. Lisiane Paskulin–UFRGS

Dra Helenice de Moura Scortegagna- Universidade de Passo Fundo

Porto Alegre
2019

RESUMO

O estudo teve como objetivo analisar os processos de ensino e de aprendizagem desenvolvidos por profissionais de saúde com idosos na perspectiva multidimensional na promoção do cuidado em saúde. Trata-se de um estudo do tipo qualitativo, em nível exploratório-descritivo, com abordagem do materialismo histórico e dialético. Foi realizado no Laboratório de Prática de Enfermagem do Centro Universitário Franciscano, em Santa Maria- RS, que integra o ensino da Graduação em Enfermagem com a Residência Interdisciplinar de Reabilitação Física. Fizeram parte deste estudo sete profissionais de saúde e seis pessoas idosas. Os dados foram obtidos por meio de entrevista semiestruturada e observação sistemática, sendo analisados conforme a Técnica de Análise do Conteúdo. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com número de registro 2.202.003. Dos achados investigados, foram detectadas três categorias na análise, discussão e interpretação dos dados, quais sejam: o ensino e a aprendizagem no atendimento geriátrico-gerontológico: uma necessidade educativa na promoção do cuidado em saúde; o ensino e a aprendizagem no atendimento geriátrico-gerontológico: uma possibilidade educativa na promoção do cuidado em saúde; e ensino dos profissionais de saúde e a aprendizagem da pessoa idosa no atendimento geriátrico-gerontológico: uma aproximação entre necessidade e possibilidade educativa. Na primeira destacam-se a visibilidade da dimensão educativa à saúde da pessoa idosa, bem como o seu auxílio na promoção do cuidado em saúde, na manutenção das atividades básicas de vida diária, na funcionalidade e no bem-estar do idoso. Com a segunda, desvela-se a importância de efetivar a dimensão educativa não apenas nos discursos, mas nas práticas e atitudes no cotidiano. Na terceira categoria, percebe-se que há interações e associações que se aproximam a efetividade da dimensão educativa. Conclui-se a necessidade de repensar a complexidade da efetividade dos processos de ensino e aprendizagens da pessoa idosa, ao longo de sua vida em seu cotidiano, pois ensinar é recriar estratégias coletivas, em respeito à autonomia, a práticas, a saberes e a discursos, em comunhão com as diversas áreas do conhecimento geriátrico-gerontológico.

Descritores: Idoso. Dimensão educativa. Ensino. Aprendizagem. Avaliação multidimensional.

ABSTRACT

The purpose of this study was to analyze the teaching and learning processes developed by health professionals with the elderly in the multidimensional perspective in the promotion of health care. This is a qualitative study at the exploratory-descriptive level, with an approach to historical materialism and dialectical. It was carried out in the Nursing Practice Laboratory of the Franciscan University Center, in Santa Maria, RS, which integrates the teaching of the Nursing Undergraduate Degree with the Interdisciplinary Residency of Physical Rehabilitation. Seven health professionals and six elderly people participated in this study. The data were obtained through semi-structured interview and systematic observation, being analyzed according to the Content Analysis Technique. The project was approved by the Research Ethics Committee with registration number 2,202,003. Of the investigated findings, three categories were detected in the analysis, discussion and interpretation of the data, namely: teaching and learning in geriatric-gerontological care: an educational need in the promotion of health care; teaching and learning in geriatric-gerontological care: an educational possibility in the promotion of health care; and teaching of health professionals and the learning of the elderly in geriatric-gerontological care: an approximation between need and educational possibility. In the first one the visibility of the educative dimension to the health of the elderly person, as well as their aid in the promotion of the health care, in the maintenance of the basic activities of daily life, in the functionality and in the well-being of the elderly person. With the second, it is revealed the importance of effecting the educational dimension not only in discourses, but in practices and attitudes in everyday life. In the third category, we can see that there are interactions and associations that approximate the effectiveness of the educational dimension. It is necessary to rethink the complexity of the effectiveness of the teaching and learning processes of the elderly person, throughout their life in their daily lives, since teaching is to recreate collective strategies, with respect to autonomy, practices, knowledge and speeches, in communion with the several areas of geriatric-gerontological knowledge.

Keywords: Old man. Educational dimension. Teaching. Learning. Multidimensional evaluation.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – O processo educativo desenvolvido no ensino na promoção da saúde dos indivíduos, com as etapas Análise, Planejamento, Implementação e Avaliação - APIA	23
Figura 2 – Fluxograma da seleção da amostra de artigos	28
Figura 3 – Unidade referencial que configurou os elementos: Responsabilidade e Confiança	50

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Classificação dos participantes idosos	44
Quadro 2 – Unidade referencial que configurou os elementos: Autonomia e Comunicação	49
Quadro 3 – Processo de exploração do material	51
Quadro 4 – Resultados da discussão e interpretação dos dados.....	53

LISTA DE TABELA

Tabela 1 – Referências da narrativa dos artigos.....	29
--	----

LISTA DE APÊNDICES

APÊNDICE A – Entrevista Semiestruturada - profissionais de saúde	84
APÊNDICE B – Entrevista Semiestruturada - pessoa idosa.....	85
APÊNDICE C – Observação Participante - roteiro de registro diário de campo.....	86
APÊNDICE D – Ofício de Autorização Institucional.....	87
APÊNDICE E – Termo de Confidencialidade.....	88
APÊNDICE F – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....	89
APÊNDICE G – Termo de Encaminhamento Psicológico	93
APÊNDICE H – Parecer Consubstanciado do CEP.....	94
APÊNDICE I – Artigo “Integrative review about learning of the elderly person in health care promotion”	99
APÊNDICE J – Artigo “Os processos de ensino e aprendizagem dos idosos na perspectiva multidimensional do cuidado em saúde”.....	110

LISTA DE SIGLAS

AAVD	– Atividades Avançadas de Vida Diárias
ABVD	– Atividade Básica de Vida Diária
ABVDs	– Atividades Básicas de Vida Diárias
AIVD	– Atividade Instrumental de Vida Diária
ANPPS	– Agência Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde
APIA	– Análise, Planejamento, Implementação e Avaliação
ASSURE	– Analyse learners, State the objective, Selected method, media and materials, Use them, Require learning participation, Evaluate and revise
AVD	– Atividade de Vida Diária
BDENF	– Banco de dados de enfermagem (BDENF)
DECS	– Descritores classificados em Ciências da Saúde
ESF	– Estratégia de Saúde da Família
EVF	– Escala Visual de Fragilidade
IMC	– Índice de Massa Corpórea
LILICAS	– Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MEDLINE	– Medical Literature Analysis and Retrieval System Online
OMS	– Organização Mundial da Saúde
PI	– Pessoa Idosa
PS	– Profissionais de saúde
PUCRS	– Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul
RNPS	– Redes Nacionais de Pesquisa em Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	12
1.1	PROBLEMA DE PESQUISA	17
2	JUSTIFICATIVA	19
2.1	DO INTERESSE ACADÊMICO, ESCOLHA, RELEVÂNCIA CIENTÍFICA E SOCIAL DA PESQUISA	19
3	OBJETIVOS	21
3.1	OBJETIVO GERAL	21
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	21
4	REFERENCIAL TEÓRICO	22
4.1	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA: O ESTADO DA ARTE.....	22
4.1.1	Ensino e aprendizagem	22
4.1.2	A avaliação multidimensional na promoção da saúde do idoso	24
4.1.3	A integração das pesquisas relevantes relacionadas ao marco conceitual.....	27
4.2	SÍNTESE TEÓRICA	30
4.3	INTEGRAÇÃO TEÓRICA	32
4.3.1	O ensino dos profissionais de saúde na promoção da saúde da pessoa idosa.....	32
4.4	PERCURSO TEÓRICO METODOLÓGICO DA PESQUISA A BASE FILOSÓFICA DO MATERIALISMO HISTÓRICO E DIALÉTICO.....	34
5	PERCURSO METODOLÓGICO DA PESQUISA.....	40
5.1	TIPO DE ESTUDO	40
5.2	LOCAL	41
5.3	PARTICIPANTES.....	42
5.4	QUESTÕES ÉTICAS	44
5.5	A OPERACIONALIZAÇÃO DA PESQUISA	46
5.5.1	Técnica de coleta de dados	46
5.6	MÉTODO DE ANÁLISE DO CONTEÚDO	47
5.6.1	Pré-Análise	48
5.6.2	Exploração do material	50
5.6.3	A análise e interpretação dos dados.....	52
6	RESULTADOS E DISCUSSÃO DOS DADOS	54
6.1	O ENSINO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE E A APRENDIZAGEM DA PESSOA IDOSA NO ATENDIMENTO GERIÁTRICO-GERONTOLÓGICO: UMA NECESSIDADE EDUCATIVA	54
6.2	O ENSINO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE E A APRENDIZAGEM DA PESSOA IDOSA NO ATENDIMENTO GERIÁTRICO-GERONTOLÓGICO: UMA POSSIBILIDADE EDUCATIVA.....	62
6.3	O ENSINO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE E A APRENDIZAGEM DA PESSOA IDOSA NO ATENDIMENTO GERIÁTRICO-GERONTOLÓGICO: UMA APROXIMAÇÃO ENTRE NECESSIDADE E POSSIBILIDADE EDUCATIVA.....	72
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	78
7.1	LIMITAÇÕES	79
7.2	SUGESTÕES.....	79
	REFERÊNCIAS.....	80

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento humano é um fenômeno global e complexo, para o qual as políticas públicas, a sociedade e de modo específico as universidades voltam sua compreensão e atenção. Segundo a Organização Pan Americana de Saúde, o envelhecimento individual é um processo sequencial, acumulativo, irreversível, universal e não patológico de deterioração do organismo maduro. Referido processo, próprio de todos os membros da espécie, ocorre de maneira que o tempo torna o organismo menos capaz de fazer frente ao estresse do meio ambiente e, portanto, aumenta a possibilidade de morte (OPAS, 2009).

O envelhecimento populacional acontece de forma acelerada, tanto em países desenvolvidos, quanto em países em desenvolvimento. Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2015) apontam que o número de pessoas idosas no Brasil é um dos maiores do mundo, com perspectiva de crescimento de mais de 4% ao ano, de 2012 a 2022. Assim, estima-se um incremento anual médio de mais de 1,0 milhão de pessoas idosas, resultado da diminuição das taxas de fecundidade e de mortalidade, do aumento da expectativa de vida, da melhoria dos serviços de saúde e do uso de novas tecnologias.

Conseqüentemente, o processo de envelhecimento gera readequações na vida cotidiana do indivíduo e, muitas vezes, motiva o uso frequente dos serviços de saúde devido ao surgimento de algumas doenças de origem orgânicas ou comportamentais que poderão afetar as atividades básicas de vida diária (ABVD), no que diz respeito ao cuidado com corpo ou autocuidado. Destaca-se que as ABVDs são compreendidas como as atividades necessárias para o cuidado com o corpo ou autopreservação (MORAES, 2014).

Além disso, com o envelhecimento também poderá haver comprometimento das atividades instrumentais de vida diária (AIVDs) e das atividades avançadas de vida diária (AAVD). As AIVDs relacionam-se com a condição de realizar tarefas necessárias para o cuidado com o domicílio ou com atividades domésticas, ao passo que as AAVDs referem-se às atividades produtivas, recreativas e sociais (MORAES; MORAES, 2016).

Todavia, para o referido autor, o envelhecimento do indivíduo não é sinônimo de incapacidades e dependência, mas de maior vulnerabilidade, sendo os fatores genéticos e ambientais determinantes para o *Successful Aging*: sem morbidades, declínios no humor e alterações na mobilidade, comunicação, cognição e funcionalidade.

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2016), em seu programa *Ager-friendly*, enfatiza que os países devem possuir um efetivo sistema de assistência à saúde, no atendimento das necessidades individuais do envelhecimento populacional, a proteção, a

atenção, a manutenção e a promoção da saúde com a prevenção, o tratamento, a reabilitação de agravos e a reinserção social.

Além de garantir a infraestrutura, os países devem proporcionar e desenvolver condições financeiras e ambientais adequadas no apoio ao envelhecimento ativo, que não se restringe à participação em programas de atividade física ou à integração da força de trabalho, mas inclui também a participação contínua da pessoa idosa em questões sociais, educativas, espirituais, culturais e civis.

Assim, tem-se o envelhecimento ativo, em que a pessoa idosa com doença crônica controlada possui independência e autonomia para realizar suas atividades no cotidiano, além de ter realização pessoal, profissional e social. Logo, o envelhecimento ativo relaciona-se ao *Successful Aging* que permite o alcance da longevidade com funcionalidade (MORAES, 2012).

No Brasil, o envelhecimento populacional é considerado um problema de saúde pública, principalmente quando a longevidade se correlaciona com a institucionalização ou com os agravos de ordem silenciosa e crônica, que promovem afastamento social e aumentam as internações hospitalares, morbidades e mortalidades (BRASIL, 2017).

A longevidade na institucionalização, seja em uma instituição de longa permanência, ou no hospital origina mudanças no ambiente, no hábito e no comportamento da pessoa idosa, gerando, assim, incerteza que desordena o seu cuidado com a saúde. Essa incerteza é caracterizada pelas limitações que muitos agravos impõem, como a dependência de cuidados, a perda da funcionalidade, o comprometimento de ABVD, AIVD, AAVD e o déficit de aprendizagem para promover sua saúde no cotidiano.

Ademais, as incertezas vivenciadas pela pessoa idosa também podem ser observadas quando ela é submetida aos cuidados em saúde com privilégio apenas sob o viés técnico, biológico, sequencial, lógico, físico e esquematizado, o que generaliza o processo de envelhecimento individual e desordena o estímulo, a força motriz, os valores e o desejo de aprender a cuidar da saúde.

Segundo Moraes (2012), a partir do índice propostos por Katz em 1963, foi possível estratificar os indivíduos conforme o grau de dependência nas atividades de vida diária (AVD) relacionadas ao autocuidado. De acordo com tal índice, os idosos foram classificados como independentes e como dependentes à ABVD, sendo que ambos apresentam complexidades relacionadas à cultura e ao aprendizado, com necessidade de acompanhamento geriátrico-gerontológico.

Segundo Moraes (2009), envelhecer sem nenhuma doença crônica é mais exceção do que regra, e indivíduos com o mesmo diagnóstico clínico podem ter a capacidade funcional distinta um do outro. Destaca-se que a funcionalidade e o bem-estar na vida da pessoa idosa são complementares, pois configuram a sua autonomia e a sua capacidade de tomar decisão e de possuir comando sobre as ações, de modo a estabelecer e seguir as próprias convicções.

No que diz respeito à independência, o supracitado autor entende-a como a capacidade de realizar algo com os próprios meios e como a capacidade de cuidar de si e da própria vida. Porém, embora haja uma interconexão relacional entre os conceitos de “independência” e “autonomia”, eles não são sinônimos, ao contrário, possuem significados diferentes.

Isto é, pessoas com dependência física são capazes de eleger atividades; outras possuem condições físicas de realizar determinadas tarefas do cotidiano, mas não possuem a tomada de decisão em realizá-las. Nesse sentido, a perda da independência nem sempre está associada à perda da autonomia, pois um idoso com perda da capacidade de deambular poderá aprender a gerenciar sua vida, com autonomia e participação social.

Cumprido ressaltar que independência e autonomia estão intimamente relacionadas ao funcionamento integrado e harmonioso dos sistemas da cognição, humor, comportamento, mobilidade e comunicação. Por essa razão, Ramos (2003) e Moraes (2012) consideram a funcionalidade como a base do conceito global da promoção da saúde do idoso e declínio funcional como a perda da autonomia e/ou independência, ao restringir a participação social do indivíduo.

Moraes e Moraes (2016) mencionam que o comprometimento dos sistemas funcionais e/ou as síndromes geriátricas na vida cotidiana do idoso, tais como incapacidade cognitiva, instabilidade postural, imobilidade, incontinência esfinteriana, incapacidade comunicativa, insuficiência familiar e a iatrogênica originam perda da independência e da autonomia e, em consequência, geram a necessidade de cuidados de longa duração, com uma gestão diferenciada e realizadas pelos profissionais de saúde ou pelos familiares/cuidadores.

Percebe-se, então, a necessidade de haver processos de ensino e aprendizagem dos profissionais de saúde e das pessoas idosas, os quais efetivam a dimensão educativa no atendimento geriátrico-gerontológico, pois cuidar e educar são processos interligados e, quando negligenciados, desencadeiam sucessivas iatrogenias, sobretudo se aliadas à insuficiência familiar, caracterizada pela falta de condições financeiras, intelectuais e organizacionais da família em promover os cuidados de vida diária do idoso.

Com essas considerações, acredita-se que a pessoa idosa reaprende a cuidar de sua saúde no ambiente em que é desenvolvido o cuidado pelos profissionais, haja visto ser esse espaço também de ensino, em que as tarefas do cuidar, ensinar e aprender em saúde articulam-se de maneira indissociável, na promoção e manutenção da funcionalidade e bem-estar.

Segundo Bastable (2010), o ensino é um processo complexo no qual há o auxílio para se aprender novos comportamentos relacionados à saúde e à manutenção da independência no cotidiano. Como resultado da experiência, tem-se uma mudança relativamente duradoura no processo mental e no funcionamento emocional e/ou comportamental.

Ainda, a referida autora descreve a aprendizagem como um processo dinâmico e permanente, pelo qual os indivíduos adquirem novos conhecimentos, novas habilidades e modificam seus pensamentos, sentimentos, atitudes e ações. Dessa forma, os indivíduos adequam-se às diferentes demandas, circunstâncias e condições clínicas, sendo, portanto, a aprendizagem essencial para o cuidado em saúde.

Todavia, na operacionalização do cuidado em saúde à pessoa idosa, muitas vezes se percebe a negligência da dimensão educativa, pois nem sempre o ensino é efetivado, tampouco é realizado principalmente no atendimento geriátrico-gerontológico, já que, não raro são realizadas apenas intervenções técnicas relacionadas à multimorbidade, à polifarmácia, à enfermidade inaparente, à perda funcional, aos agravos associados ou à presença das síndromes geriátricas.

Segundo Moraes (2009), é necessário incorporar o conceito multidimensional da promoção da saúde do idoso. A multidimensionalidade avalia, no atendimento geriátrico-gerontológico, as necessidades clínicas, funcionais, psicossociais, socioambientais com influência direta na promoção terapêutica de vida saudável, considerando a complexa heterogeneidade das relações sociais e familiares, marcada por aspectos financeiros e pela adaptação no ambiente.

Nesse cenário é que se visualiza a dimensão educativa, sobretudo por meio da avaliação das necessidades da pessoa idosa, as quais estão interconectadas com os processos de ensino e aprendizagem, havendo, dessa forma, a promoção da educação sobre o cuidado e o autocuidado em saúde no cotidiano.

A relação de ensinar e de aprender a cuidar da saúde no atendimento geriátrico-gerontológico encontra-se em mediação com a interdisciplinaridade e com os valores humanos, ou seja, com o respeito à singularidade do processo de envelhecimento e à essência/existência da pessoa idosa, em um cotidiano social e diário em contradição, que está em constante reorganização e transformação.

No relatório da Comissão Internacional da Educação do século XXI enfatizou-se que não basta o indivíduo acumular no começo da vida uma determinada quantidade de conhecimento, pois, para abastecer-se indefinidamente é necessário reaprender do início ao final da vida, devendo, então, saber reaproveitar, atualizar, aprofundar e enriquecer os primeiros conhecimentos, como forma de reorganizar um mundo em constante transformação (DELORS, 2002).

De tal modo, o ensino deve ser reorganizado por meio de quatro aprendizagens fundamentais ao longo de toda a vida, de forma que, de algum modo, os indivíduos sustentem seus pilares do conhecimento, quais sejam: aprender a conhecer, aprender a fazer, aprender a viver junto e aprender a ser (DELORS, 2002).

Nesse contexto, quando o profissional da saúde aprende a conhecer as necessidades de aprendizagem da pessoa idosa, poderá ensiná-la os cuidados básicos de vida diária de acordo com o seu meio ambiente. Ao viver junto com uma equipe multidisciplinar, o idoso aprende a ser integrante do coletivo, com autonomia e respeito às práticas, aos saberes e aos discursos das diversas áreas do conhecimento geriátrico-gerontológico.

Segundo Bastable (2010), o ensino sobre os cuidados em saúde da pessoa idosa é conhecido como Geragogia, das pessoas adultas, Andragogia e das crianças, Pedagogia. Para que seja efetivada, a Geragogia deve respeitar as mudanças físicas, cognitivas e psicossociais dessa fase do desenvolvimento humano. Salienta-se que muito pouco se tem descrito sobre as necessidades de aprendizagem das pessoas idosas e sobre as reais dificuldades que elas possuem em aprender.

Nesse sentido, ensinar a pessoa idosa a conhecer o seu processo de envelhecimento possibilita a aquisição de novas aprendizagens, fundamentais para a manutenção da funcionalidade, pois, cuidar, ensinar e aprender são tarefas indissociáveis no atendimento geriátrico-gerontológico.

Diante dessas considerações, acredita-se ser imprescindível valorizar a dimensão educativa na avaliação multidimensional por meio do levantamento das necessidades de aprendizagem da pessoa idosa no atendimento geriátrico-gerontológico, em justaposição à avaliação das necessidades clínicas, funcionais, socioambientais e psicossociais.

Embora seja sabido que as necessidades de aprendizagem da pessoa idosa sejam complexas devido à baixa escolaridade, às dificuldades sensoriais, ao desuso da habilidade da leitura, às mudanças cognitivas e à dificuldade na compreensão de materiais escritos, a adesão ao tratamento geriátrico é alta, quando há o provimento da educação, tanto em custo, quanto em efetividade (BASTABLE, 2010).

Segundo a autora, o que faz com que o ensino à pessoa idosa não se realize muitas vezes é o edaísmo. Este é entendido como o preconceito em relação à capacidade da pessoa idosa em aprender, que pode ser praticado por ela mesma, mas também por profissionais da saúde, por familiares e pela sociedade de um modo geral, a qual valoriza a força física, a beleza, a produtividade e a integridade do corpo e da mente.

Com base no exposto, reitera-se o entendimento segundo o qual os processos de ensino e aprendizagem no atendimento geriátrico-gerontológico são capazes de auxiliar na e proporcionar a promoção do cuidado em saúde da pessoa idosa, assegurando, assim, a manutenção da funcionalidade e o bem-estar.

Nesta pesquisa, é adotado o entendimento de Delors (2002), que defende ser necessário aos educadores e aos profissionais de saúde ensinar o idoso a aquisição de novos instrumentos de compreensão; ensiná-lo a aprender a fazer, a atuar sobre o meio envolvente e ensiná-lo a aprender a viver juntos, pois a coparticipação humana e social é a aprendizagem de ser e integrar a plenitude humana.

Com base nessa contextualização, emergiram as Reflexões Norteadoras da pesquisa:

- 1- Como os profissionais de saúde ensinam?
- 2- Como a pessoa idosa aprende?
- 3- O que a pessoa idosa compreende ser importante aprender como cuidado e autocuidado em saúde, na manutenção da ABVD, AIVD, AAVD?
- 4- O que é necessário ensinar para a pessoa idosa, em relação à promoção do cuidado em saúde, com vistas a garantir sua funcionalidade?
- 5- Qual é a prontidão para a pessoa idosa aprender?
- 6- Há interesse dos profissionais de saúde para ensinar?
- 7- Como são avaliadas as necessidades de aprendizagem da pessoa idosa?

Aliado ao contexto reflexivo norteador, constituiu-se o problema da pesquisa.

1.1 PROBLEMA DE PESQUISA

Como se efetivam os processos de ensino e de aprendizagem na constituição da dimensão educativa, enquanto integrante da avaliação multidimensional, na promoção da saúde, manutenção da funcionalidade e bem-estar?

Nesse sentido defende-se a Tese: os processos de ensino e de aprendizagem efetivam a dimensão educativa na promoção do cuidado em saúde à pessoa idosa, pois promovem a manutenção da funcionalidade e bem-estar.

A seguir, será apresentada a justificativa do estudo.

2 JUSTIFICATIVA

2.1 DO INTERESSE ACADÊMICO, ESCOLHA, RELEVÂNCIA CIENTÍFICA E SOCIAL DA PESQUISA

O interesse investigatório em relação à temática é oriundo da vivência profissional da pesquisadora ao desenvolver a integração do ensino e cuidado da pessoa idosa, a partir do qual foi possível perceber a importância dos processos de ensino e de aprendizagem como integrantes da dimensão educativa na avaliação multidimensional.

Nesse sentido, foi-se problematizando a constituição da dimensão educativa, no atendimento geriátrico-gerontológico, associada ao levantamento das necessidades de aprendizagem, bem como das necessidades clínicas, funcionais, socioambientais e psicossociais da pessoa idosa.

Logo, visualizou-se a dimensão educativa integrada ao modelo multidimensional na promoção da saúde do idoso, em sua conotação ampliada, com vistas a auxiliar a longevidade com funcionalidade e bem-estar.

Da vivência empírica, foi despertado o interesse em ensinar a pessoa idosa a promover o seu cuidado e o seu autocuidado em saúde, já que ela demonstrava prontidão em aprender, para garantir a sua funcionalidade e longevidade com independência. Também nesse processo percebeu-se se há (ou não) interesse e prontidão dos profissionais de saúde a ensinar a pessoa idosa a adquirir novas práticas, saberes, ações e atitudes que poderão transformar seus hábitos e comportamentos.

Com a qualificação profissional, desvelou-se a necessidade de construir o conhecimento acerca dos processos de ensino e aprendizagem, com intervenções educativas afetivas e efetivas, no acompanhamento da longevidade e na promoção da saúde. O que permite tornar os discursos e as práticas empíricas da educação, bem como a orientação e a informação sistematizadas à dimensão no atendimento geriátrico-gerontológico.

A relevância científica da tese é uma prioridade de pesquisa nacional, segundo a Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde (ANPPS), da portaria nº 137, de janeiro de 2011, (BRASIL, 2014 a), sob a forma de Redes Nacionais de Pesquisa em Saúde (RNPS), (BRASIL, 2014b), pois, entende-se que por meio do desenvolvimento científico há a possibilidade de estimular o envelhecimento ativo e de amenizar, atenuar ou até mesmo reverter as consequências da doença na vida cotidiana da pessoa idosa.

No que concerne à relevância social, esta é atribuída ao fato do processo de envelhecimento ser complexo, sobretudo quando acompanha a longevidade, o que demanda novas formas de se readequarem os processos de ensino e aprendizagem para garantir a manutenção da promoção do cuidado em saúde, principalmente com vistas a assegurar a funcionalidade e o bem-estar e auxiliar a diminuição da institucionalização, do afastamento e isolamento social, das morbidades e da mortalidade precoce da pessoa idosa.

Além disso, por meio desta pesquisa busca-se efetivar a Política de Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa, ao contemplar a integralidade, nos cenários da atuação multidisciplinar, do atendimento geriátrico-gerontológico, com base no ano de 2017, em que o Ministério da Saúde criou a estratégia para promoção do envelhecimento saudável, lançando, pela primeira vez, a linha de cuidado para o atendimento à pessoa idosa.

Referida estratégia propõe qualificar o atendimento à população em todo o país, com a reorganização e a capacitação dos profissionais de saúde. O foco da atenção deixa de ser apenas na doença, mas passa a ser na avaliação clínica, psicossocial e funcional, as quais permitem identificar as reais necessidades da pessoa idosa.

Para tal, o profissional de saúde deve considerar, durante a avaliação, o nível de dependência e autonomia em relação às atividades cotidianas; a necessidade de adaptação ou de supervisão de terceiros; a vulnerabilidade social e o estilo de vida.

Ao readequar a atenção à saúde da pessoa idosa, essa nova linha de cuidado salienta que o atendimento geriátrico-gerontológico deve ter o plano adequado, norteado por ações de promoção da saúde, que compreendam a prevenção de doenças, o tratamento, a reabilitação e os cuidados paliativos.

Então, acredita-se que este estudo, com seu potencial inovador de cunho científico e social, permite inserir a dimensão educativa na promoção do cuidado em saúde da pessoa idosa, bem como na manutenção da funcionalidade e na garantia do bem-estar.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Analisar os processos de ensino e de aprendizagem desenvolvidos por profissionais de saúde com idosos na perspectiva multidimensional na promoção do cuidado em saúde.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Analisar as mediações do ensino e da aprendizagem na promoção do cuidado em saúde da pessoa idosa, em suas contradições com a educação sobre a saúde promovida pelos profissionais de saúde;
- Verificar os componentes, os aspectos e os elementos inter-relacionais do cuidado no ensino à pessoa idosa;
- Conhecer o significado do ensino e da aprendizagem na promoção do cuidado em saúde na manutenção da ABVD, AIVD, AAVD na perspectiva da pessoa idosa;
- Conhecer como é realizado o ensino e como ocorrem as aprendizagens na promoção do cuidado em saúde da pessoa idosa na perspectiva de profissionais de saúde;
- Descrever as necessidades, possibilidades e aproximações no processo da efetivação da dimensão educativa, na perspectiva multidimensional da saúde do idoso, ao possibilitar ampliar as interações e as associações do ensino e da aprendizagem, com vistas à promoção do cuidado em saúde da pessoa idosa.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

4.1 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA: O ESTADO DA ARTE

O constructo da fundamentação teórica relaciona-se com o estado da arte conceitual, compreendido no ensino e na aprendizagem e no modelo multidimensional na promoção da saúde da pessoa idosa. Também, ao referencial teórico metodológico, guiado a luz do materialismo histórico e dialético.

4.1.1 Ensino e aprendizagem

Segundo Bastable (2010), o ensino é um componente do processo educativo que, por meio de suas intervenções, envolve a partilha de informações e experiências para o alcance de resultados pelo aprendiz nos domínios cognitivo, afetivo e psicomotor, de acordo com um planejamento. O ensino formal e o informal são atos deliberados e conscientes da ação de quem ensina e produz a aprendizagem.

Nesse sentido, a aprendizagem qualifica os indivíduos a adequarem-se às diferentes demandas e circunstâncias, sendo fundamental para o cuidado em saúde, tanto para os indivíduos, quanto para sua família, pois aqueles buscam formas de melhorar sua saúde e de se adaptarem às suas condições clínicas, sendo, portanto, o processo de aprendizagem importante para o desenvolvimento, para a funcionalidade e para o bem-estar (BASTABLE, 2010).

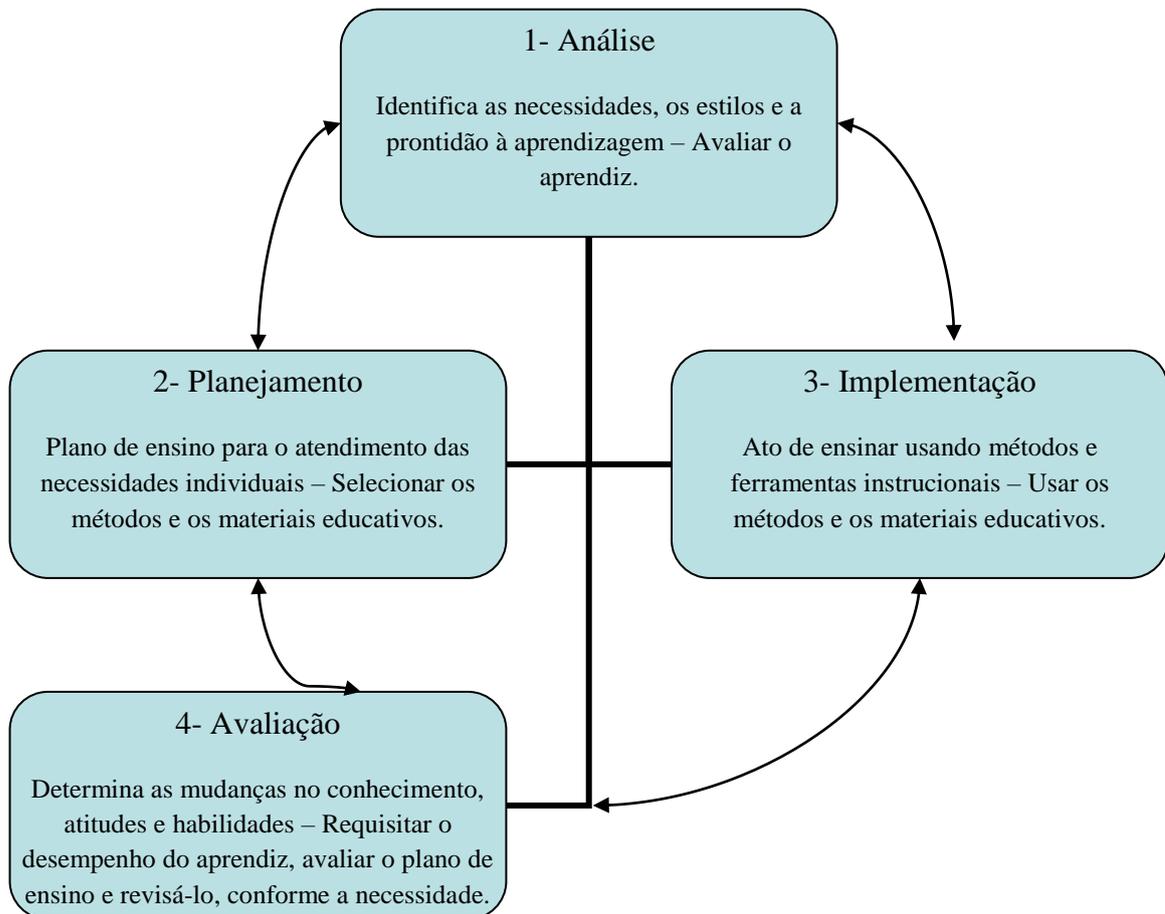
Para a autora, no que se refere ao desenvolvimento da aprendizagem, ainda há debates como, por exemplo, que tipo de experiência facilita ou retarda o processo como permanente? Ainda, a estudiosa salienta a psicologia educacional como uma ciência de destaque, ao reunir evidências científicas, hipóteses e teorias da aprendizagem, das quais pode-se citar: behaviorista, cognitiva, social da aprendizagem, psicodinâmica e humanística.

Nesse processo educativo, as ações de quem ensina são relacionadas às necessidades do aprendiz, as quais são levantadas por meio da comunicação verbal e não verbal. Destaca-se que o ensino pode ser desenvolvido na prevenção de agravos, na manutenção e na promoção da saúde, pois modifica comportamentos e hábitos quando o aprendiz é motivado, receptivo e possui prontidão de aprender (BASTABLE, 2010).

Assim, o ensino de indivíduos diz respeito ao auxílio para se aprender comportamentos a serem incorporados à vida diária, com o objetivo de otimizar a saúde e a independência para o autocuidado.

De tal modo, Bastable (2010) considera que as necessidades de aprendizagem devem ser avaliadas e, para tanto, propõe a organização e execução do processo educativo por meio do modelo elaborado por Rega (1993), qual seja, *Analyse learners, State the objective, Selected method, media and materials, Use them, Require learning participation, Evaluate and revise* – ASSURE, conforme demonstrado na Figura 1.

Figura 1 – O processo educativo desenvolvido no ensino na promoção da saúde dos indivíduos, com as etapas Análise, Planejamento, Implementação e Avaliação - APIA



Fonte: Elaborado pela autora, adaptado de Bastable (2010) e Rega (1993).

Com a Figura 1, considera-se o ensino dos profissionais de saúde, na aprendizagem da pessoa idosa, sistematizado ao ser operacionalizado por APIA, como promotor do cuidado em saúde. Embora haja mudanças fisiológicas e cognitivas no processo de envelhecimento, existe

a premissa de que há também a habilidade da pessoa idosa em aprender, sendo necessário considerar as suas particularidades como o ritmo, a quantidade e a qualidade das informações e orientações.

Em vista disso, torna-se importante considerar as variáveis que influenciam a aprendizagem das pessoas idosas, quais sejam: níveis de fadiga-energia, memória-percepção sensorial, motivação, prudência-comportamento de risco e o tempo de resposta. Por outro viés, devem ser consideradas também as estratégias gerontológicas de ensino, as quais otimizam a aprendizagem, tais como: metas personalizadas, indexação, reforço positivo, períodos de descanso, ritmo e ensaio (BASTABLE, 2010).

Nesse cenário, os processos de ensino e aprendizagem, no atendimento geriátrico-gerontológico, podem ser visualizados como constituintes da dimensão educativa, que se alia na promoção da saúde da pessoa idosa a partir da sua avaliação multidimensional, proposta por Moraes e Moraes (2016).

4.1.2 A avaliação multidimensional na promoção da saúde do idoso

A Organização Mundial de Saúde (2003), a partir da recomendação realizada em 2001, propõe a utilização da Classificação Internacional de Funcionalidade – CIF, no estabelecimento da linguagem comum ao ambiente clínico e científico, e correlaciona a saúde e a funcionalidade da pessoa idosa a partir dos componentes: estrutura e função do corpo; atividade e participação social, as quais recebem influências dos fatores contextuais, pessoais, sociais e ambientais.

Sob esse viés, a avaliação multidimensional na promoção da saúde da pessoa idosa, proposta por Moraes e Moraes (2016), pode ser compreendida na dimensão biopsicossocial, a qual considera o sistema corporal, a capacidade de realizar tarefas no cotidiano e o envolvimento do idoso na sociedade. Cabe aqui destacar a necessidade da inserção das dimensões educativa e espiritual, comumente manifestadas pela pessoa idosa, em seu cotidiano, pois influenciam no seu bem-estar.

Para Moraes e Moraes (2016), a funcionalidade global é a base para o conceito da saúde da pessoa idosa, principalmente tendo em vista as alterações fisiológicas nesta etapa da vida, os agravos comumente associados e a existência das síndromes geriátricas, que possuem, no processo de envelhecimento, o principal fator de risco para o seu desenvolvimento, das quais se destacam: incapacidades cognitiva e comunicativa,

instabilidade postural, imobilidade e incontinência esfincteriana, insuficiência familiar e a iatrogenia.

Segundo os autores, as síndromes geriátricas podem vir associadas ao processo de envelhecimento e apresentam características peculiares como múltipla etiologia e necessidade de cuidado de longa duração. Embora tais síndromes não impliquem risco de morte iminente, muitas vezes representam a perda da autonomia e da independência, a ausência de resposta à intervenção simples, a coexistência simultânea de poli-incapacidade, que, devido à alta prevalência nos idosos frágeis, evidenciam a necessidade de uma abordagem multidisciplinar.

Por essa razão, a avaliação multidimensional possui como resultado esperado a promoção da saúde com funcionalidade, pois, ao ser interdisciplinar, atende às dimensões clínicas, funcionais, psicossociais e socioambientais da pessoa idosa na prevenção de sua fragilidade.

Nesse sentido, torna-se um desafio operacionalizar intervenções ou prescrições interdisciplinares, sem a inserção da dimensão educativa, pois ela permite a avaliação das necessidades de aprendizagem da pessoa idosa. A multidimensionalidade pode, então, ser relacionada com as dimensões humanas do processo de envelhecimento que devem ser avaliadas em um cenário interdisciplinar, na promoção da saúde da pessoa idosa e da educação sobre seus cuidados.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2017), ao criar a linha de cuidado à pessoa idosa, orienta a sua implementação com foco no alcance dos seguintes resultados: organização do percurso da pessoa idosa, com enfoque multidimensional na Rede de Atenção à Saúde (RAS) e interlocução entre os serviços de saúde, rede local de assistência social e proteção de direitos.

Além disso, objetiva-se a diminuição do risco de perda da capacidade funcional, de modo a assegurar a autonomia, a independência, a locomoção e a coordenação motora, com vistas a obter um aumento potencial da sobrevivência após os 6 (seis) meses do início da avaliação integral. Ainda, no caso de idosos vulneráveis, busca-se a melhoria do desempenho cognitivo (memória e concentração) que permite ao indivíduo compreender e resolver os problemas no cotidiano, prevenindo, assim, a demência, a automedicação e, conseqüentemente, reduzindo o número das internações (BRASIL, 2017).

Com base nessas considerações, percebe-se que a avaliação multidimensional prioriza uma linha de cuidado da saúde da pessoa idosa que garanta a sua funcionalidade em seu

cotidiano, de modo a promover a manutenção de suas ABVD, AIVD e AVDs e a prevenir a perda da autonomia e da independência, reduzindo, assim, a fragilidade do idoso.

Moraes e Moraes (2016) conceituam a fragilidade como multidimensional, a qual compreende a redução das reservas homeostáticas e da capacidade de adaptação às agressões biopsicossociais, que, conseqüentemente, implica maior vulnerabilidade ao declínio funcional, à institucionalização e ao óbito.

Neste contexto, para realizar a avaliação multidimensional adotando a funcionalidade como base na promoção da saúde da pessoa idosa, são considerados os modelos propostos por Fried et al. (2001); Rockwood et al. (2005); Moraes e Moraes (2016), na organização e no planejamento de sistemas de saúde, pois por meio deles é possível identificar as diferenças entre comorbidades e incapacidades, bem como identificar o fenótipo dos componentes da fragilidade (MORAES; MORAES, 2016).

Nesse sentido, a avaliação multidimensional possui como foco a funcionalidade global do idoso, a qual é considerada conforme a classificação dos idosos proposta por Katz (1963) de acordo com o grau de dependência para atividades de vida diária - AVD, relacionadas ao autocuidado, e para a atividade instrumental de vida diária - AIVD, por meio do referencial de Lawton e Brody (1969). Ademais, há a Escala Visual da Fragilidade – EVF que classifica os idosos, por meio dos seus estratos, em três grupos: robusto; em risco de fragilização e frágil (MORAES; MORAES 2016), também importante para que se possa iniciar o cuidado clínico e educativo.

O grupo de idoso classificado como frágil subdivide-se em três subgrupos, consoante a probabilidade de ganho funcional ou conforme a qualidade de vida, são eles: idoso frágil de baixa complexidade, idoso frágil de alta complexidade e idoso frágil em fase final da vida.

Destaca-se, portanto, que a avaliação multidimensional da saúde do idoso garante a promoção da saúde porque permite considerar as dimensões clínicas, funcionais, psicossociais e socioambientais, nas quais se ancora também a educativa, dimensão determinante para a promoção da saúde da pessoa idosa, mormente por ser constituída pelos aspectos objetivos e subjetivos relacionados às necessidades de cuidados no processo do envelhecimento e por permitir o acompanhamento geriátrico e gerontológico longitudinal.

Entende-se, neste estudo, que a avaliação multidimensional facilita a visualização dos resultados das intervenções geriátricas e gerontológicas especializadas, ao individualizar o diagnóstico global do idoso, possibilitando, assim, a continuidade do cuidado de forma

sistematizada ao assegurar a integralidade na atenção à saúde da pessoa idosa. Todavia, muitas vezes se percebe uma lacuna no que se refere à dimensão educativa do idoso.

Sob essa ótica, visualizam-se os processos de ensino e de aprendizagem como elementos que constituem a dimensão educativa de maneira processual, sistematizada e indissociável das demais dimensões, configurando, assim, a avaliação multidimensional da saúde da pessoa idosa.

Adiante, alia-se ao estado da arte conceitual, no constructo teórico, a integração de pesquisas relevantes à temática do estudo.

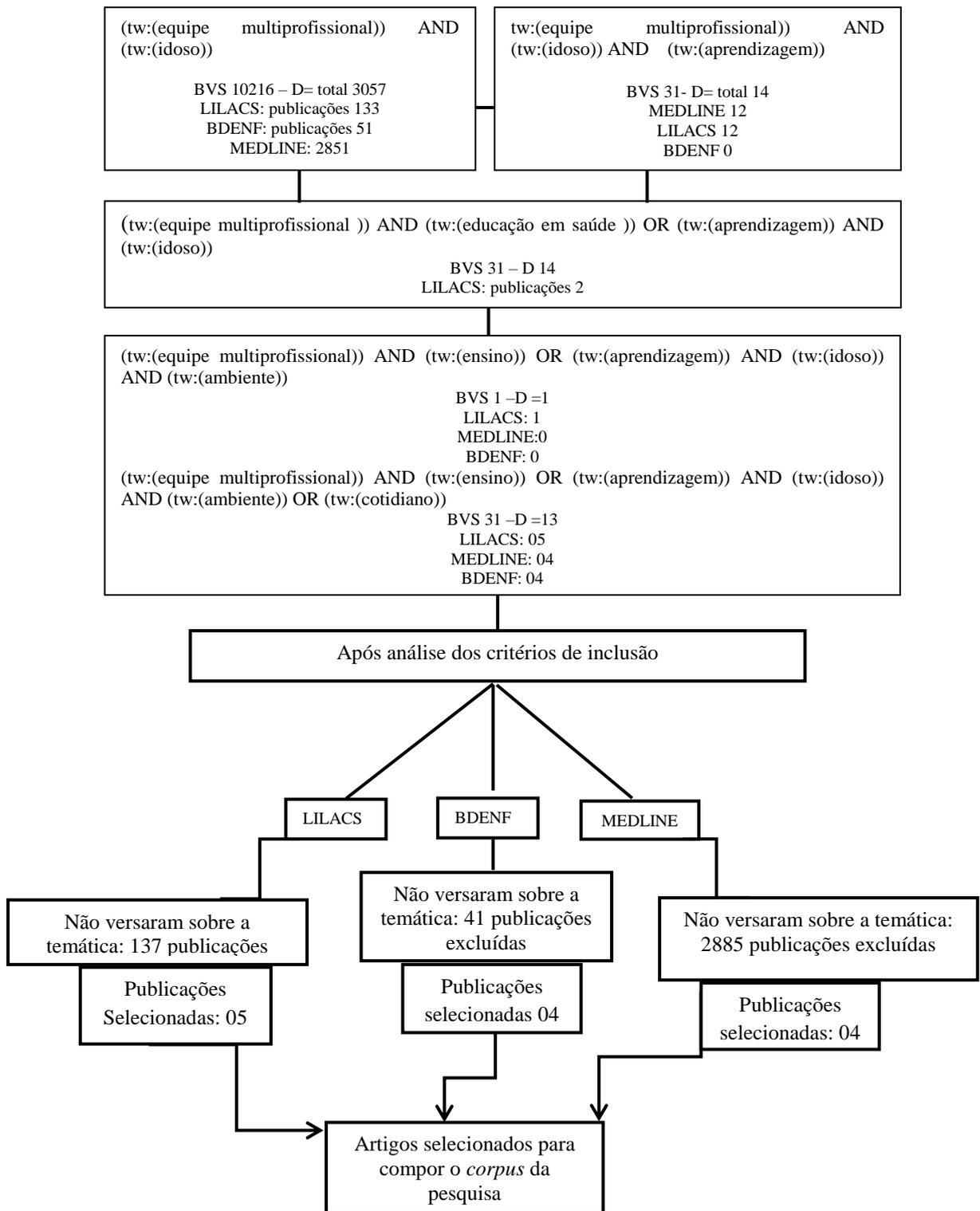
4.1.3 A integração das pesquisas relevantes relacionadas ao marco conceitual

Por meio das etapas proposta por Rother (2007), houve a construção de uma revisão integrativa de literatura relacionada ao objeto do estudo, constituída pelas seguintes etapas: identificação do problema ou da pergunta norteadora, estabelecimento dos descritores, recorte temporal, busca da amostragem na literatura, coleta de dados, análise dos estudos incluídos, resultados e discussão da síntese do conteúdo. Conforme APÊNDICE I.

Para tanto, foram considerados os artigos publicados e indexados na biblioteca virtual em saúde (BVS), em bancos de dados eletrônicos da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), em banco de dados de enfermagem (BDENF) e no Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE). Os descritores foram estabelecidos e classificados em Ciências da Saúde (DeCS) e refinados utilizando-se o operador booleano “and”.

No que se refere à avaliação do nível de evidência, os estudos foram classificados de acordo com a definição dos autores Melnyk, Fineout-Overholt (2005) como nível V. Não houve recorte temporal dos artigos e foram considerados artigos em português, espanhol e inglês. A estratégia utilizada para a identificação dos artigos pode ser vista na Figura 2, representada pelo Fluxograma da seleção da amostra de artigos.

Figura 2 – Fluxograma da seleção da amostra de artigos



Fonte: Elaborado pela autora (2018).

Dessa forma, obteve-se o montante de 13 achados para compor o *corpus* de análise do estudo.

No intuito de facilitar a compreensão dos achados da literatura científica e a sua discussão, foi elaborada uma tabela denominada “referências da narrativa dos artigos”, conforme demonstrado na Tabela 1.

Tabela 1 – Referências da narrativa dos artigos

A1	SCORALICK-LEMPKE, N. N.; BARBOSA, G. J. A. Educação e envelhecimento: contribuições da perspectiva Life-Span. Estudos de Psicologia I , Campinas I 29(Supl.) I 647s-655s I, out./ dez. 2012.
A2	VAGETTI, G. C.; ANDRADE, G. O. Fatores influentes sobre o processo de ensino-aprendizagem na educação física para idosos. Acta Sci. Health Sci. Maringá, v. 28, n. 1, p. 77-86, 2006.
A3	SOUSA, S. M. E.; OLIVEIRA, C. C. M. Viver a (e para) aprender: uma intervenção-ação para a promoção do envelhecimento ativo, Rev. Bras. Geriatr. Gerontol , Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 405-415, 2015.
A4	MENEZES, Z. C. A.; NASCIMENTO, E. Estudo Longitudinal das Habilidades Intelectuais de Idosos Avaliados com a WAIS-III, Psicologia: Reflexão e Crítica , v. 24, n. 3, p. 419-428, 2011. Disponível em: www.scielo.br/prc .
A5	ROCHA, S. L.; SOUZA, S. M. E.; ROSENDO, A. C. Necessidades humanas básicas e dependência de cuidados de enfermagem de idosos institucionalizados. Rev. Eletr. Enf. [Internet], v. 15, n. 3, p. 722-730. jul./set. 2013. Disponível em: http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i3.18631 .
A6	COSTA, C. E.; NAKATANI, K. Y. A.; BACHION, M. M. Capacidade de idosos da comunidade para desenvolver Atividades de Vida Diária e Atividades Instrumentais de Vida Diária. Acta Paul Enferm , v. 19, n. 1, p. 43-35, 2006.
A7	BESSE, M.; OLIVEIRA, O. C. L.; LEMOS, D. N. A Equipe Multiprofissional em Gerontologia e a Produção do Cuidado: um estudo de caso. Revista Kairós Gerontologia , São Paulo (SP), Brasil: FACHS/NEPE/PEPGG/PUC-SP. v. 17, n. 2, p. 205-222, 2014.
A8	NICOLATO, F. V. N.; COUTO, M. A.; CASTRO, B. A. E. Capacidade de autocuidado de idosos atendidos pela consulta de enfermagem na atenção secundária à saúde, Enferm. Cent. O. Min. v. 6, n. 2, p. 2199-2211, mai./ago. 2016.
A9	LUCENA, A. L. R. de et al. Ensinando e aprendendo com idosos: relato de experiência, J. res.: fundam. care. Online, v. 8, n. 2, p. 4131-4141, abr./jun. 2016.
A10	AMTHAUER, C.; FALK, W. J. Discursos dos profissionais de saúde da família na ótica da assistência à saúde do idoso, J. res.: fundam. care. Online, v. 9, n. 1, p. 99-105, jan./mar. 2017.
A11	VIEIRA, D. C. D. et al. Percepções de usuários da estratégia de saúde da família sobre saúde, prevenção e autocuidado. J Nurs UFPE on line. , Recife, v. 10, n. 2, p. 413-418, fev. 2016.
A12	MEDEIROS, V. D. et al. A percepção do idoso sobre a velhice. Rev enferm UFPE on line. , Recife, v. 10, n. 10, p. 3851-2859, out. 2016.
A13	CLARES, B. W. J.; BORGES, L. C.; FREITAS, C. M. Idosos institucionalizados: proposta educativa na perspectiva freireana. Rev enferm UFPE on line. , Recife, v. 11(Supl. 2), p. 1073-1077, fev. 2017.

Fonte: elaborado pela autora (2018).

De posse dos artigos selecionados, procedeu-se à leitura criteriosa, organizando os artigos pela inicial A, acompanhado de numeração. Então, com a base de dados constituída, realizou-se a síntese do conteúdo das produções e, sequencialmente, realizou-se a análise e discussão da temática, de acordo com Minayo (2012).

4.2 SÍNTESE TEÓRICA

Os Autores de A1 consideram que a velhice é heterogênea, enfatizando a importância de atividades para um envelhecimento saudável, em que a aquisição de novas aprendizagens é uma tarefa importante para aperfeiçoar as capacidades cognitivas e favorecer a rede de suporte social do idoso. Enfatizaram, pois, a importância da educação para uma velhice saudável, considerando o processo de aprendizagem ao longo da vida.

Segundo A2, os profissionais que trabalham com idosos, em suas diferentes áreas, necessitam de uma formação voltada para os cuidados necessários com essa população, ou seja, tais trabalhadores devem trabalhar a gerontologia tanto nos aspectos técnicos do movimento, quanto nos fatores mais amplos que envolvem o ensino-aprendizagem.

No estudo de A3, desenvolvido no distrito de Braga em Portugal, foi defendido que as atividades grupais com os idosos, quando agradáveis, possibilitam a aquisição de novos conhecimentos, o que ajuda na vida diária, aumentando a qualidade de vida, tornando, assim, o idoso autônomo, participativo e ativo, pois estão em constante aprendizagem.

Os dados da pesquisa de A4 indicam que o envelhecimento, ainda que saudável, acarreta um declínio normal no desempenho intelectual. Todavia, o estudo mostrou que idosos jovens podem apresentar ganhos nas suas habilidades vulneráveis, como a de organização perceptual, aprendizagem, memória, resolução de problemas e velocidade de processamento, embora se considerem seus declínios. Portanto, as variações para aprender não se caracterizam com um padrão de declínio generalizado, ou seja, não ocorrem em todas as habilidades e variam conforme a idade.

Para os autores de A5, as necessidades humanas básicas de idosos institucionalizados referem-se ao cuidado corporal, à educação voltada à saúde, à locomoção e a eliminações e mobilidade. Isso se deve a um grau de dependência dos cuidados de enfermagem, já que muitos idosos apresentavam dependência parcial, assim, os resultados permitiram obter uma melhor compreensão acerca das reais necessidades demandadas pelos os idosos.

Segundo A6, diante do envelhecimento populacional, a meta no atendimento à saúde deixa de ser a de apenas prolongar a vida, mas, principalmente, a de manter a capacidade funcional do indivíduo, de forma que esse permaneça autônomo e independente pelo maior tempo possível. Para que isso ocorra, o sistema de saúde precisa garantir o acesso universal aos cuidados progressivos de saúde e as políticas públicas devem enfatizar a promoção de saúde e a prevenção de doenças.

Os resultados de A7 discutem a forma como é construída a produção do cuidado da saúde do idoso por uma equipe multiprofissional e enfatizam a interdisciplinaridade como meio fundamental na promoção da educação não só com o cuidado técnico, mas também com o cuidado leigo, realizado no domicílio, assegurando um plano de cuidados e o enfrentamento de diversas dificuldades resultantes da escassez de recursos humanos, equipamentos e insumos.

Em A8 afirmou-se que o idoso demonstra comportamento de busca de atendimentos na atenção secundária, com a meta de aprender a desempenhar o autocuidado geral e terapêutico. O modo de intervenção da enfermagem utilizado nesse nível de atenção foi o de apoio à educação, sobressaindo-se as ações de orientação com o ensino de autocuidado terapêutico.

Além disso, os autores, em A8, consideraram os idosos independentes, como os que mais procuram o atendimento em nível ambulatorial. Também, observaram o predomínio do sistema de enfermagem no apoio-educação do ensino sobre as medidas de autocuidado terapêutico, prevalecendo a oferta de ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, com vistas a valorizar a independência, a autonomia e o autocuidado dos idosos.

A produção de A9 relata as práticas de educação em saúde, as quais incentivam a adoção de medidas preventivas de autocuidado em relação à saúde do idoso em situação de vulnerabilidades múltiplas e ajudam os profissionais de saúde a construir novos subsídios e ideias para a assistência, possibilitando uma reflexão frente à singularidade do idoso e contribuindo na efetiva assistência à longevidade com qualidade de vida.

De acordo com A10, as práticas realizadas pelos profissionais da Estratégia de Saúde da Família (ESF) junto aos idosos atendidos em uma Unidade Básica de Saúde estão relacionadas com o processo do envelhecimento, sendo papel do profissional da saúde assegurar o cuidado integral ao idoso, com um atendimento digno e humanizado, compreendendo-o em sua totalidade.

Para A11, ao analisar as percepções de usuários de uma Estratégia de Saúde da Família referentes ao entendimento acerca dos conceitos de saúde, prevenção de doenças e autocuidado, evidenciou-se a necessidade de promover a saúde em diversos aspectos: hábitos de vida saudáveis, qualificação do ambiente de trabalho, moradia e participação comunitária.

Ao descrever a percepção do idoso sobre a velhice e o autoprocesso de envelhecimento em A12, a velhice foi um prenúncio de dependência, solidão e incapacidade

para o trabalho, sendo necessário apreciar essas percepções com um olhar diferenciado sobre suas demandas, com estratégias educativas para contemplar as suas expectativas.

A produção de A13 reflete sobre as potencialidades e limitações das práticas de educação em saúde, voltadas para os idosos residentes em instituições de longa permanência, por meio de uma proposta educativa em respeito aos saberes e aos valores culturais.

Nesse sentido, a partir da síntese do conteúdo dos artigos, foi possível realizar a análise das produções e construir um eixo temático como guia de discussão denominado de: *O ensino dos profissionais de saúde na promoção da saúde da pessoa idosa.*

4.3 INTEGRAÇÃO TEÓRICA

4.3.1 O ensino dos profissionais de saúde na promoção da saúde da pessoa idosa

O processo de envelhecimento em sua singularidade demanda a sistematização da aprendizagem da pessoa idosa, na promoção de sua saúde, pois a estimula a readequar o seu ambiente cotidiano, de acordo com suas particularidades. Nesse sentido, o ensino desenvolvido pelos profissionais de saúde desvela-se como um processo efetivo da dimensão educativa.

A dimensão educativa, na avaliação das necessidades de aprendizagem da pessoa idosa, no atendimento geriátrico e gerontológico, por meio do ensino dos profissionais de saúde é uma possibilidade, pois não houve socialização científica e contribuições nessa direção. Todavia, a educação em saúde pode ser considerada como alicerce afetivo e efetivo da promoção da saúde da pessoa idosa.

Para Arantes (2007), a educação em saúde deve considerar os valores de vida cotidiana, os fatores relacionados aos agravos e a disposição de ensinar e a prontidão para aprender. O binômio da educação em valores remete às complexas e controversas relações do ser humano multidimensional com si mesmo e com a sociedade em que vive, pois é a apropriação da cultura que possibilita aos indivíduos pensar, julgar, criticar, elaborar, reconhecer, decidir e, assim, aprender.

Nesse sentido, a aprendizagem do idoso mediante o ensino dos profissionais de saúde configura-se como uma dimensão educativa possível de ser sistematizada e vinculada ao modelo multidimensional da saúde do idoso, no que concerne a ajuda, orientação, supervisão, encaminhamento e acompanhamento na promoção e proteção da saúde do idoso.

Moraes (2012) menciona que no processo de envelhecimento, a partir dos 80 anos, espera-se algum grau de comprometimento fisiológico, na capacidade de realização das ABVD, mas não na capacidade de reaprender, já que a intensidade e a frequência do comprometimento são muito variadas, dependendo das condições gerais de saúde, ao longo da vida, e do modo de vida do idoso no seu contexto sócio-econômico-histórico-cultural.

Na linha do autor, o envelhecimento está intimamente associado ao processo de fragilização, mas não há uma relação de causa e efeito direta, pois não seguem um padrão homogêneo de evolução, justificando a heterogeneidade presente em indivíduos idosos da mesma idade. Portanto, a idade por si só não é um preditor de fragilidade e de déficit de aprendizagem.

Segundo Ramos (2003), a maioria dos idosos tem doenças ou disfunções orgânicas que, na maioria das vezes, não estão associadas à limitação das atividades ou à restrição da participação social. A pessoa é considerada saudável quando é capaz de realizar as tarefas do cotidiano de forma independente e autônoma, mesmo na presença de doenças, portanto é capaz de aprender.

Para Moraes e Moraes (2016), a atuação interdisciplinar em Gerontologia, no modelo multidimensional para a promoção da saúde da pessoa idosa, transcende os limites das disciplinas e agrega a participação ativa do idoso, da família, da sociedade e do Estado, frente às demandas do processo de envelhecimento.

Essa atuação está intimamente interconectada com a dimensão educativa de cuidar, ensinar e aprender, pois há possibilidades de desenvolver intervenções gerontológicas na prevenção, na cura, no controle, na recuperação ou no conforto, dependendo da condição aguda ou crônica de saúde e do grau de funcionalidade do idoso, porque possuem como finalidade a definição dos diagnósticos funcionais e clínicos, que são essenciais para elaborar e programar o plano de cuidados interdisciplinar.

Nesse cenário, a promoção da saúde no contexto do envelhecimento humano é um processo terapêutico, ampliado e articulado às dimensões educativas, clínicas, funcionais, socioambientais e psicossociais, sendo uma aliada importante na reorganização do cotidiano da pessoa idosa, na manutenção da funcionalidade e do bem-estar.

Para tal, deve-se valorizar o diálogo, os saberes, a troca de experiências e de informações com os idosos, possibilitando consolidar um processo de ensino crítico, significativo e emancipador, como forma de potencializar a autonomia, independência para o autocuidado, autocontrole da saúde e a manutenção da capacidade funcional e participativa.

A autonomia e a independência nas ABVDs resgatam a importância da integralidade do conceito de saúde no idoso, o que torna a multidimensionalidade presente em toda avaliação. Destaca-se que o grau de aprofundamento na investigação das diversas dimensões da saúde do idoso pode variar conforme as especificidades da formação do avaliador e da condição de saúde da pessoa idosa (GORDON; MASUD; GLADMAN, 2013).

O ensino na promoção da funcionalidade auxilia o idoso na sua tomada de decisão com autonomia, responsabilizando-o, garantindo o respeito e a liberdade de expor as suas necessidades de ABVD na reorganização do seu cotidiano, pois a dimensão educativa é um processo dialógico que possibilita novas aprendizagens, mudança de comportamento em favorecimento do seu bem-estar, passando a ter uma vida com melhor qualidade, com terapêutica, gerência e gestão do cuidado e autocuidado.

Moraes e Moraes (2016) ressaltam que, no modelo multidimensional, a integralidade não significa que se deva avaliar de forma generalizada e fragmentada, mas sim de maneira abrangente, incluindo a avaliação da funcionalidade, dos sistemas funcionais, da mobilidade, dos fatores ambientais, tais como ambiente físico e atitudinal, nos quais as pessoas conduzem a vida, bem como dos fatores pessoais que se relacionam com a história e com o estilo de vida.

Assim, a partir da síntese e da integração teórica é possível perceber uma lacuna no que diz respeito às publicações na dimensão educativa, em suas relações com o desenvolvimento do processo de ensino dos profissionais de saúde. Porém, quanto à consideração da educação em saúde, os constructos constituem-se como um fator relacional para o acompanhamento, tratamento, atenção, promoção e proteção da saúde da pessoa idosa. A seguir, apresenta-se o percurso teórico metodológico da pesquisa.

4.4 PERCURSO TEÓRICO METODOLÓGICO DA PESQUISA A BASE FILOSÓFICA DO MATERIALISMO HISTÓRICO E DIALÉTICO

Segundo Gadotti (1983), no materialismo histórico e dialético, o fenômeno de pesquisa desenvolve-se seguindo estas leis: a unidade dos contrários; a transformação da quantidade em qualidade e a negação da negação.

- Primeira Lei – A unidade dos contrários

Considera a transformação da matéria possível, porque, em seu interior, coexistem forças opostas que tendem a uma unidade denominada contradição. A contradição é universal,

uma lei que se manifesta nas ligações entre os aspectos, os elementos e as propriedades nos objetos ou entre eles, pois é resultante da relação entre dois polos contrários, sendo a característica que um lado inexista sem o outro.

Para Konstantinov et al. (1982), as relações entre conteúdo e forma, essência e existência, necessidade e causalidade são manifestações específicas da lei da unidade e da luta dos contrários.

- Segunda Lei – A transformação da quantidade em qualidade

Esta lei explora o caráter e as formas do processo de desenvolvimento, ao revelar as vias do aparecimento do novo, como a substituição do velho pelo atual. Segundo Cheptulin (1982), todos os fenômenos possuem características que se determinam quantitativamente, todavia, as propriedades constituintes do conjunto dessas características revelam o caráter qualitativo. A qualidade do fenômeno de pesquisa é propriedade essencial do sistema material.

Assim, os sistemas materiais como grandeza, volume, peso, intensidade e ordenação estrutural possuem determinações quantitativas e qualitativas, que coexistem de maneira indissociável, constituindo a sua unidade evolutiva e transformadora.

- Terceira Lei – A negação da negação

Esta lei considera que cada qualidade nega a anterior, isto é, ao negar supera os aspectos da realidade subjetiva, obtendo-se uma nova qualidade, porém, mantém o resultado positivo da anterior, sendo um desenvolvimento contínuo e subsequente.

Nesse sentido, o materialismo histórico e dialético subordina-se a essas leis, mas não se constrói num sistema fechado, pois é um processo histórico em permanente transformação, já que se trata de um percurso metodológico centrado no desenvolvimento do fenômeno de pesquisa em sua essência e existência.

Segundo Demo (1994), o que impulsiona o desenvolvimento são as contradições internas, as conexões e a mútua dependência entre todos os aspectos do fenômeno. O desenvolvimento de um fenômeno de pesquisa não é linear e uniforme, pode ser comparado a uma espiral, porque há estágios que são percorridos várias vezes, em que cada repetição retorna à anterior, com nível superior de qualidade.

Para Minayo (2012), o materialismo histórico dialético enquanto leitura do fenômeno desvela em si contradições, em um movimento constante de transformação. Há maior

problematização entre sujeito e objeto de pesquisa, em um dinamismo que faz do conhecimento um processo, uma expressão criativa. Preocupa-se, pois, com o indivíduo, com a sociedade, com a ideia, com o material, com a realidade e sua compreensão pela ciência, em uma corrente que enfatiza o sujeito enquanto ser histórico.

Para Konstantinov et al. (1982), as leis secundárias ou categorias da dialética auxiliam na compreensão do desenvolvimento do fenômeno, na realidade investigada, sendo tais categorias descritas como: a interdependência entre o individual, particular e o geral; causa e efeito; necessidade e causalidade; possibilidade e realidade; conteúdo e forma; essência e fenômeno, conforme descrição seguir, adequada de Cheptulin (1982, p. 276-286).

- A interdependência entre o individual, o particular e o geral

Esta categoria expressa a coexistência de objetos e fenômenos, possui a dimensão quantitativa e qualitativa individual, sendo separadas pelo espaço e tempo e pela distinção do individual e do singular. As propriedades e as relações comuns entre o objeto e o fenômeno constituem a generalidade.

O geral não existe fora do individual, da mesma forma que o individual não existe fora do geral. Todo o objeto reflete a unidade entre o geral o individual e desse reflexo emerge o particular. Assim, o geral não nivela o individual do desenvolvimento dos fatos e acontecimentos em um determinado contexto, ao contrário, prova que a individualidade é única.

- Causa e efeito

Considera a conexão da causa em interação com o efeito, o qual influi sobre a causa modificando-a. Logo, causa e efeito interconectam-se e sujeitam-se de acordo com a condição e com a influência de fenômenos que as rodeiam.

- Necessidade e causalidade

A necessidade é uma conexão estável e essencial dos fenômenos, processos e objetos da realidade condicionada pelo seu desenvolvimento. A diferença entre o necessário e o causal deve-se ao fato do necessário ser condicionado por fatores essenciais e dinâmicos e o casual, na maioria das vezes, por fatores não essenciais com regularidades estatísticas.

A influência da causalidade diferencia as regularidades estatísticas e as dinâmicas, como conexão casual necessária, em que a relação entre causa e efeito é univalente, ou seja,

ao conhecer o estado inicial de um sistema, pode-se prever com precisão o seu desenvolvimento. A regularidade estatística é a unidade categórica e dialética dos caracteres necessários e casuais.

- Possibilidade e realidade

Configura-se como categoria da unidade da dialética, no processo de desenvolvimento de uma possível realidade. A possibilidade é uma das formas da realidade, uma realidade interna ou um potencial, a qual possui uma existência real, mas somente como propriedade, isto é, como a capacidade da matéria em se transformar em outra matéria, qualitativamente distinta.

A possibilidade diz respeito às formações materiais e propriedades que não existem na realidade, mas que se manifestam em decorrência de sua transformação qualitativa. Em determinadas condições, a possibilidade converte-se em realidade atual existente, porque esta foi uma possibilidade que se realizou com condições e interferência das ações dos seres humanos, própria dos objetos e dos fenômenos da natureza.

- Conteúdo e forma

Entende-se por conteúdo a composição de todos os elementos do objeto, a unidade de suas propriedades, os processos internos, as conexões, as contradições e as tendências de desenvolvimento. A forma é a expressão externa do conteúdo, a determinação relativamente estável da conexão dos elementos, com interação, tipo e estrutura.

A interconexão do conteúdo e da forma, com sua relativa independência, manifesta-se quando um mesmo conteúdo assume distintas formas ao mesmo tempo. Destaca-se que uma forma pode assumir conteúdos distintos na natureza humana.

- Essência e fenômeno

O materialismo histórico e dialético comunga do pressuposto inicial de que tanto a essência como o fenômeno são características objetivas universais da materialidade e da natureza humana. Ao compreender a essência do objeto, desvela-se a causa do seu surgimento, as leis de sua vida, as contradições internas, as tendências de seu desenvolvimento e as suas propriedades determinantes.

A essência é, pois, uma conexão e a constituição interna do objeto. O fenômeno é a revelação externa da essência e a forma de manifestação dos aspectos e das propriedades.

Nesse sentido, o materialismo histórico e dialético centra-se no desvelamento da essência dos fenômenos existenciais de transição histórica, ainda que considere os outros também.

E, enquanto enfoque metodológico e filosófico, permite ao pesquisador compreender a realidade investigada, com uma dinâmica histórica, contraditória e condicionada (não determinada) em sua totalidade. Nesse sentido, nada está determinado ao acaso, pois capta os condicionamentos materiais da ação humana, da ideologia das formas de posicionamento social e de representação social (MINAYO, 2012).

Segundo Demo (1994), a dialética problematiza a construção do conhecimento enquanto um processo, uma expressão criativa, que busca desvelar em profundidade o fenômeno não se detendo na aparência, uma vez que o materialismo histórico é compreendido na conjuntura social dos indivíduos, em sua dinamicidade, provisoriedade e transformação e, desse modo, apreende a prática social dos indivíduos em seu convívio social.

Nesse sentido, o enfoque teórico e metodológico relacionado à temática, ao assunto, à questão de pesquisa e ao referencial teórico revelou a dialética como a melhor forma de apreender a realidade em sua complexidade e multidimensionalidade, tendo como guia a produção de conhecimento da Gerontologia Social, na linha de pesquisa: aspectos socioculturais, demográficos e bioéticos no envelhecimento.

Segundo Rodrigues, Rauth e Terra (2010), não há uma única teoria social que abarque o envelhecimento humano devido às suas variáveis muitas vezes conflituosas. Todavia, consideram-se: a Teoria da Atividade, da Continuidade, do Colapso de Competência, da Troca Social, do Desengajamento, da Modernização, do Desenvolvimento Psicológico, do Ciclo de Vida, da Estratificação por Idade, da Subcultura, do Desenvolvimento do Ego, do Narcisismo e a Teoria Marxista.

Para Lima, Medeiros e Lima (2012), a Gerontologia estuda os processos associados à idade, ao envelhecimento e à velhice, sendo uma área de convergência entre a biologia, a sociologia e a psicologia do envelhecimento. Isso porque o processo de envelhecer está associado à complexidade da existência, não se limitando aos aspectos biológicos, mas compreendendo também o meio no qual o ser humano está inserido e as suas atitudes na vida individual e social.

Segundo os autores, a Gerontologia Social estuda as mudanças que acompanham o processo de envelhecimento do ponto de vista psicológico, sociológico e psicocomportamental, bem como estuda a natureza e as modalidades de adaptação do indivíduo em suas transformações no contexto social. Além disso, essa ciência investiga

também o papel do ambiente, da cultura e das mudanças sociais no processo do envelhecimento, da mesma forma que as atitudes, o comportamento e as condições de vida das pessoas idosas.

Portanto, a Gerontologia Social compreende os aspectos antropológicos, psicológicos, legais, sociais, ambientais, econômicos, éticos, educativos, filosóficos, espirituais e políticos no processo do envelhecimento humano. E, juntamente com a Geriatria, reforça a concepção de multidimensionalidade do envelhecimento humano.

5 PERCURSO METODOLÓGICO DA PESQUISA

5.1 TIPO DE ESTUDO

O presente estudo foi do tipo exploratório-descritivo. Nas pesquisas exploratórias, é possível ao pesquisador esclarecer ideias e ficar livre para propor estudos posteriores. “Pesquisas exploratórias são desenvolvidas com o objetivo de proporcionar visão geral, de tipo aproximativo, contextual acerca de determinado fato”, diz Gil (2010, p. 43).

No atendimento ao problema norteador e aos objetivos propostos, este estudo é caracterizado como uma pesquisa descritiva, intimamente relacionada ao conhecimento de crenças, opiniões e atitudes de uma população. Não se limita apenas a um método de coleta de dados, sendo construída como um processo articulado, desde sua formulação enquanto ideia, até o percurso operacional e estratégico desenvolvido pelo pesquisador (COOK et al., 1974).

Portanto, é uma pesquisa descritiva porque identifica, descreve, discute e interpreta uma situação problema, qual seja: o ensino dos profissionais de saúde, enquanto um processo que poderá constituir a dimensão educativa e integrar o modelo multidimensional na promoção da saúde do idoso, na manutenção da ABVD, da funcionalidade e do bem-estar no cotidiano.

Em sua abrangência, consideram-se as características organizacionais da realidade investigada e os comportamentos, atitudes e posturas das pessoas que a constituem, sendo então delineada como uma abordagem qualitativa, que se configurou como o método adequado para responder aos questionamentos relacionados à temática.

O método qualitativo aplica-se ao estudo de um fenômeno apreendido em uma realidade que considera historicidade, relações, representações, crenças, percepções, opiniões e interpretações que as pessoas fazem a respeito de como vivem, como constructo de seus artefatos e de si, do que sentem e do que pensam (BARDIN, 2016).

Para a autora, esse tipo de método atende à natureza do fenômeno social, com compreensão profunda e com fundamento teórico, pois, além de permitir considerar processos sociais ainda pouco conhecidos referentes a grupos particulares, propicia a construção de novas abordagens, com revisão e recriação de novos conceitos.

Segundo Bogdan e Biklen (1994), o objetivo dos pesquisadores qualitativos é o de melhor compreender o comportamento e a experiência humana, o meio pelo qual as pessoas constroem seus significados, descrevendo-os. Para isso, eles recorrem à observação empírica, porque se considera que é em função do comportamento humano que se pode refletir com

maior clareza e profundidade sobre a condição humana, contribuindo para as condições de vida dos sujeitos.

A pesquisa qualitativa é um processo aberto, submetida a infinitos e imprevisíveis desdobramentos, cujo centro organizador é o modelo que o pesquisador desenvolve, pelo qual as diferentes informações empíricas adquirem significados. O pesquisador, por meio da reflexão, assume decisões permanentes quanto ao rumo do processo de construção do conhecimento e segue exigências de informação quanto ao modelo em construção que caracteriza a pesquisa (REY, 2005).

Neste cenário, a abordagem qualitativa considera os dados encontrados nos discursos dos profissionais de saúde e das pessoas idosas. Segundo Nietzsche (2000), a abordagem é maleável e adaptável. Para Minayo (2012), a investigação social deve contemplar uma característica básica do seu objeto, ou seja, o seu aspecto qualitativo e isso implica considerar o objeto das ciências sociais, em sua complexidade, em constante transformação.

A abordagem qualitativa enfatiza as especialidades de um fenômeno, em termos de suas origens e razão de ser, e fornece uma compreensão profunda dos fenômenos sociais, apoiados nos pressupostos da maior relevância e nos aspectos subjetivos da ação social, pois a estatística nem sempre consegue contemplar os fenômenos sociais complexos e únicos (HAGUETTE, 1992).

Segundo Richardson (2013), a abordagem qualitativa é a forma adequada para atender a natureza de um fenômeno social, pois existem problemas que exigem um enfoque teórico metodológico com conotação qualitativa. Essa abordagem é rica em dados descritivos e possui um planejamento aberto e flexível, porém deve ser focada e direcionada à realidade investigada de forma complexa e contextual.

Assim, por meio das interações entre investigador e participantes, sob uma relação dinâmica que se desenvolveu numa situação natural, fez-se uso de dados descritivos acerca de uma realidade contextualizada, que se preocupa com o processo e não com o produto, tendo como base filosófica o materialismo histórico e dialético.

5.2 LOCAL

O estudo foi desenvolvido no Laboratório de Prática de Enfermagem, do Centro Universitário Franciscano, localizado no município de Santa Maria, no interior do Rio Grande do Sul. O laboratório de prática é um cenário interdisciplinar de ensino, pesquisa e extensão

no cuidado e na promoção à saúde do idoso. Ademais, é também o espaço do ensino da graduação em Enfermagem e da Residência Interdisciplinar em Reabilitação Física.

Elegeu-se este espaço devido à vivência da pesquisadora na formação profissional de Enfermagem e à concentração de recursos humanos e tecnológicos, enquanto local de referência à comunidade como alternativa aos serviços de saúde. O laboratório de práticas está localizado no 3º andar do prédio da saúde, dividido em três salas para o atendimento com os profissionais da Nutrição, Enfermagem e Psicologia.

O atendimento à pessoa idosa no Laboratório de Práticas em Enfermagem ocorre por meio do agendamento diário no turno da manhã, durante o período letivo. Tais agendamentos são oriundos da vontade própria dos idosos ou então do encaminhamento dos demais profissionais, tais como do terapeuta ocupacional, que desenvolve suas ações no 2º e no 5º andar, do odontólogo no 4º andar, do fisioterapeuta no andar térreo e do médico no ambulatório do hospital-escola.

5.3 PARTICIPANTES

O número ideal de pessoas a ser considerado na pesquisa qualitativa não é um critério quantitativo, porque passa a se definir pelas próprias demandas qualitativas do processo de construção de informação, intrínseco à pesquisa em curso. O participante é uma unidade essencial para o processo de construção da pesquisa qualitativa, pois a singularidade é a única via que estimula os processos de construção teórica, de valor e de generalização perante o estudo da subjetividade, que são inexecutáveis sem o estudo das diferenças que a caracterizam (REY, 2005).

Segundo Richardson (2013), na pesquisa qualitativa, a qualidade da informação obtida sobrepõe-se ao número de entrevistados. Para Minayo (2017), as questões que envolvem a amostragem são das mais recursivas nas pesquisas qualitativas, pois há um estranhamento sobre o número da quantificação que, às vezes, parece pequeno ao olhar quantitativo.

A autora ressalta que as pesquisas qualitativas e quantitativas complementam-se, mas são de natureza diversa: uma trata da magnitude dos fenômenos, a outra, da sua intensidade; uma busca aquilo que pode ser tratado em sua homogeneidade, a outra, as singularidades e os significados heterogêneos.

A população ou a amostragem na pesquisa qualitativa sintetiza a qualidade do seu objeto de estudo, ou seja, preocupa-se menos com os aspectos quantificáveis, e é mais atenta à dimensão sociocultural que se expressa por meio de crenças, valores, opiniões,

representações, formas de relação, simbologias, usos, costumes, comportamentos e práticas (MINAYO, 2017).

Para a referida autora, a amostragem de uma pesquisa qualitativa está vinculada à dimensão do seu objeto que, por sua vez, privilegia os sujeitos sociais que detêm os atributos os quais o investigador pretende conhecer. A ideia de provisoriedade acompanha todo o processo investigatório, voltado para o entendimento da diversidade e da intensidade das informações, em que o investigador encontra a lógica interna do seu objeto de estudo em todas as suas conexões e interconexões.

Assim, foram incluídos como participantes da pesquisa os profissionais de saúde, devido ao fato de atenderem às necessidades clínicas, funcionais, psicossociais das pessoas idosas, dentre eles: um enfermeiro, um nutricionista, um terapeuta ocupacional, um psicólogo, um odontólogo, um fisioterapeuta e um médico, perfazendo um total de sete profissionais. Foram denominados PS1,PS2,PS3,PS4,PS5,PS6, e PS7.

As pessoas idosas incluídas foram as que estavam realizando atendimento de suas necessidades com os respectivos profissionais, durante o período estabelecido de um ano nas atividades de ensino, pesquisa e extensão, devido à percepção do pesquisador quanto ao vínculo no acompanhamento do atendimento geriátrico-gerontológico.

Incluiu-se, 6 idosos que realizavam atendimento no Laboratório de Práticas de Enfermagem e que possuíam no prontuário o registro da consulta de enfermagem gerontológica, que possui a descrição dos instrumentos de: classificação clínico funcional (MOARES; MORAES, 2016), escala de Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD) - Lawton, e Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD) – Katz.

Nesse sentido, foram incluídos idosos robustos com os estratos: 1,2,3 e idosos com risco de fragilização, com os estratos 4 e 5. Foram excluídos os idosos que não buscaram o laboratório de prática e que não possuíam registros nos estratos de idoso robusto e de idoso em risco de fragilização.

Os idosos em risco de fragilização apresentavam:

- Sarcopenia de acordo com o fenótipo da fragilidade (FRIED, 2001); lentificação da marcha: velocidade $< \text{ou} = 0,8\text{m/s}$; circunferência da panturrilha menor que 31 cm e emagrecimento recente ou $\text{IMC} < 22\text{kg/m}^2$;
- Comorbidades múltiplas: polipatologia: $> \text{ou} = 5$, condições crônicas de saúde; polifarmácia $> \text{ou} = 5$ medicamentos/dia e internação recente nos últimos 6 meses.

Portanto, obteve-se um total de 4 idosos robustos e de 2 em risco de fragilização. Conforme observável no quadro a seguir.

Quadro 1 – Classificação dos participantes idosos

Estrato 1 - Encontram-se no grau máximo de vitalidade. Apresentam independência para AVD, AIVD e ABVD. Este idoso envelhece livre de doença e não possui nenhuma condição de saúde preditora de desfecho adverso, exceto o processo de envelhecimento.	Robusto 2
Estrato 2 - Independentes para AVD, AIVD e ABVD, mas apresentam condições de saúde de baixa complexidade clínica, como hipertensão arterial não complicada ou presença de fatores de risco como tabagismo, dislipidemia, osteopenia, dentre outros.	Robusto 1
Estrato 3 - Independentes para AVD, AIVD e ABVD, mas apresentam doenças crônico-degenerativas bem estabelecidas e de maior complexidade clínica, como hipertensão arterial complicada, diabetes melito, história de ataque isquêmico transitório, acidente vascular cerebral sem sequelas, doença renal crônica, insuficiência cardíaca, doença pulmonar obstrutiva crônica, osteoartrite, doença arterial coronariana, doença arterial periférica, osteoporose, fibrilação atrial, depressão, dentre outras. Nestes idosos, tais doenças não estão associadas à limitação funcional e apresentam-se de forma isolada. Neste grupo, também estão incluídos os idosos que apresentam um ou dois critérios do “fenótipo de fragilidade”, segundo Fried (2001).	Robusto 1
Estrato 4 - Independentes para todas as atividades de vida diária, mas apresentam condições preditoras de desfechos adversos representados pelo maior risco de declínio funcional estabelecido, institucionalização ou óbito: presença de marcadores de sarcopenia, comprometimento cognitivo leve ou comorbidades múltiplas (polipatologia, polifarmácia ou internação recente). Neste grupo, estão incluídos os idosos que apresentam três ou mais critérios do fenótipo de fragilidade, segundo Fried (2001).	Risco de fragilização 1
Estrato 5 - Apresentam condições preditoras de desfechos adversos (como no estrato 4), mas já apresentam declínio funcional em atividades de vida diária avançadas, associadas ao lazer, trabalho ou interação social. Estes idosos ainda são independentes para as atividades de vida diária instrumentais e básicas.	Risco de fragilização 1

Fonte: Elaborado pela Autora, conforme Moraes e Moraes (2016).

Percebe-se, então, a partir do Quadro 1, a obtenção de um total de 6 idosos para compor os participantes da pesquisa, denominados de P1,P2,P3,P4,P5 e P6.

5.4 QUESTÕES ÉTICAS

No que se refere aos aspectos éticos das pesquisas envolvendo seres humanos, o projeto foi encaminhado e aprovado pelo Comitê de Ética/SIPESQ da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul PUC/RS, inicialmente com o título Aprendizagem da pessoa idosa na reorganização do seu cuidado no cotidiano, modificado após a qualificação. Primeiramente foi realizado o preenchimento do Termo de Autorização Institucional (APÊNDICE D) e, em seguida, do Termo de Confidencialidade (APÊNDICE E).

A coleta de dados somente iniciou após aprovação do projeto pelo comitê e, neste momento, os participantes do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e

Esclarecido (APÊNDICE F) apresentado em duas vias, de maneira que uma permaneceu com a pesquisadora e a outra com o participante.

Esse documento traz informações referentes ao estudo, incluindo os objetivos, a justificativa, os métodos, a forma de desenvolvimento da pesquisa, a liberdade da desistência dos participantes a qualquer momento, sem prejuízo pessoal e/ou profissional, bem como a garantia do anonimato, e a informação acerca dos possíveis riscos e benefícios.

Foi garantido o retorno sobre os resultados obtidos à PUCRS, ao Centro Universitário Franciscano, às pessoas idosas e à comunidade científica por meio da apresentação dos dados para os participantes nos grupos de estudos do laboratório. Além disso, com o comprometimento em produzir artigos científicos a serem encaminhados aos periódicos de reconhecimento e de relevância internacional.

Esclareceu-se, ainda, que, após a pesquisa, as transcrições e os demais materiais utilizados ficarão guardados em arquivos específicos para esse fim, por um período mínimo de cinco anos posteriores à publicação dos resultados.

Foram comentados os riscos e dos benefícios da pesquisa durante todo o percurso teórico-metodológico, pois os participantes poderiam negar-se a participar do estudo, o que inviabilizaria sua realização, bem como poderiam sentir-se pressionados a participar do estudo. No entanto, houve participação livre e voluntária, sendo assegurada, em caso de dano pessoal diretamente causado pelos procedimentos propostos neste estudo, a disponibilização do serviço de psicologia para os participantes do estudo (APÊNDICE G).

Os benefícios da pesquisa foram visíveis durante todo o processo investigatório em sua relevância social, científica e humana. Não houve a necessidade de suspender a pesquisa em nenhum momento e cada participante foi deixado à vontade para comunicar ao pesquisador verbalmente sua desistência ou discordância com a realização da pesquisa em qualquer de suas etapas, pessoalmente, por telefone, e-mail ou carta.

Ao término da imersão da pesquisadora no local da coleta de dados, foi reforçado que a pesquisa será divulgada por meio de artigos publicados em revistas e participações em eventos na forma de pôster e de tema livre.

Não houve conflitos de interesses entre pesquisadora e participantes da pesquisa. Ao aceitar a responsabilidade pela condução científica do estudo, foram considerados os princípios bioéticos, segundo Fortes (1998), ao mencionar que as pesquisas realizadas no campo da saúde e, neste estudo, na aprendizagem das pessoas idosas desenvolvida no ensino pelos profissionais de saúde, são movidas pelo princípio da beneficência, objetivando aumentar o bem-estar do ser humano.

Portanto, este estudo foi classificado eticamente como de interesse direto ao sujeito pesquisado, pois apresenta a possibilidade da melhoria na qualidade de vida, com benefícios diretos na manutenção da funcionalidade e bem-estar das pessoas idosas.

5.5 A OPERACIONALIZAÇÃO DA PESQUISA

5.5.1 Técnica de coleta de dados

A coleta de dados ocorreu por meio de entrevista semiestruturada e de observação sistemática do participante. “A técnica da entrevista semiestruturada é uma forma de explorar mais amplamente uma questão e, em geral, as perguntas são abertas e podem ser respondidas dentro de uma conversação informal” (MARCONI; LAKATOS, 2003, p. 197).

O roteiro da entrevista abrange vários indicadores essenciais para contemplar os questionamentos e as informações esperadas, sendo importante ao entrevistador ter domínio do objeto de seu estudo e, se necessário, promover um espaço para discutir os achados investigados com os entrevistados (BARDIN, 2016).

A entrevista semiestruturada valoriza a presença do investigador e também oferece possibilidades para o informante alcançar a liberdade e a espontaneidade necessárias para enriquecer a investigação.

É possível captar de forma imediata e corrente as informações desejadas, proporcionando adaptações, esclarecimentos e aprofundamento de questões planejadas ou imprevistas, sendo uma técnica que parte de questionamentos apoiados em teorias que enriquecem a investigação. Ademais, esse tipo de entrevista proporciona liberdade, espontaneidade e favorece não apenas a descrição do fenômeno, mas a sua explicação e compreensão de modo totalitário em dimensões amplas (MARCONI; LAKATOS, 2003).

O instrumento da pesquisa semiestruturada contemplou questões norteadoras que atenderam e responderam ao problema da pesquisa para os participantes profissionais de saúde (APÊNDICE A) e para as pessoas idosas (APÊNDICE B). Foram agendados horários no laboratório de práticas para realização da entrevista com os participantes, conforme disponibilidade de cada um e da autora da pesquisa. Os dados foram gravados, transcritos e retornados na forma escrita aos participantes do estudo para validação das informações da pesquisa, perfazendo um total de três retornos.

A observação sistemática foi realizada durante o atendimento da pessoa idosa. As informações colhidas por meio dessa técnica foram minuciosamente registradas em um diário de campo do pesquisador (APÊNDICE C). Para Bardin (2016), a observação consiste em um

processo pelo qual um pesquisador se coloca como observador de uma situação social, com a finalidade de realizar uma investigação científica para configurar as expressões do discurso do conteúdo, das mensagens e da ação.

Segundo Lüdke e André (1986), a observação sistemática exige do pesquisador percepção, sensibilidade e visão para apreender não apenas o fenômeno, mas também a tradução do movimento real, com dados passíveis de análise, permitindo, assim, que a percepção dos participantes carreguem significados atribuídos à realidade vivenciada.

Após a observação, os dados foram organizados e registrados para assegurar o máximo de fidedignidade aos fatos, de modo que se priorizou o desvelamento do problema de pesquisa, considerando suas relações, mediações e contradições. A linguagem usada nos relatos foi habitual, e o tipo de observação foi naturalista, ou seja, tudo foi acontecendo sem uma predisposição, por essa razão, às vezes, no decorrer do texto, relata-se um fato, interpretando-o em seu conjunto.

A entrevista semiestruturada e a observação são técnicas consideradas básicas para a coleta de dados nas pesquisas qualitativas, pois ambas favorecem uma maior aproximação entre o investigador e os participantes da pesquisa, a qual é necessária quando se trata de estudos de grupos humanos, possibilitando uma maior confiabilidade no conjunto das informações obtidas na coleta de dados (HAGUETTE, 1992).

Para a referida autora, entrevista semiestruturada e observação são técnicas fundamentais na captação de dados nas ciências sociais, sendo por essa razão características dos estudos qualitativos, pois descrevem com precisão os fenômenos e evidenciam os aspectos da comunidade ou dos grupos significativos para alcançar os objetivos propostos.

Após a realização da entrevista, observação sistemática e validação pelos participantes, foi realizado a análise do conteúdo.

5.6 MÉTODO DE ANÁLISE DO CONTEÚDO

Para o tratamento dos dados foi utilizada a Análise do Conteúdo de Bardin (2016), a qual consiste em um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção e de recepção dessas mensagens.

Segundo a autora, é um método de tratamento da informação contida nas mensagens que possibilita a criação de categorias relacionadas ao objeto de pesquisa. A operacionalização da análise categórica contemplou, então, três momentos descritos a seguir.

- 1) *Pré-Análise*: foram determinadas as unidades de registro: palavras-chave ou frases, unidades de contexto, recortes, forma de categorização e conceitos teóricos gerais que orientaram a análise. Portanto, levou-se em conta a questão central e o objetivo da pesquisa na realização da codificação.
- 2) *Exploração do Material*: consistiu na transformação dos dados iniciais obtidos, objetivando a compreensão do texto a partir do seu núcleo de sentido codificado. Procedeu-se com o recorte do texto em unidades de registro e realizou-se a classificação e agregação dos dados.
- 3) *Análise, interpretação e tratamento dos resultados obtidos*: houve a categorização dos dados por meio da interpretação, correlacionando os achados investigados à luz dos referenciais teórico e metodológico que fundamentaram a pesquisa.

5.6.1 Pré-Análise

No primeiro momento da pré-análise, agruparam-se as palavras-chave: “autonomia” e “comunicação” como elementos codificados, constituintes das categorias, obtidos no contexto dos conteúdos dos dados. Para Bardin (2016), a categoria reúne um grupo de elementos sob um título genérico, agrupado em razão de seus caracteres comuns.

A autonomia da pessoa idosa apresentou-se na relação da tomada de decisão com a prontidão de aprender a reorganizar o ambiente cotidiano, ao passo que a comunicação evidenciou-se pelo desejo de aprender, no atendimento geriátrico-gerontológico por profissionais qualificados.

Nos profissionais de saúde, a autonomia relacionou-se com a aptidão para ensinar de acordo com a específica formação e qualificação geriátrica-gerontológica, enquanto que a comunicação manifestou-se no desejo de diálogo e atuação em equipe multidisciplinar.

Assim, a construção dos elementos da autonomia e comunicação foi por meio do agrupamento das posturas, discursos, comportamentos, atitudes e respostas dos participantes da pesquisa às perguntas realizadas durante a entrevista semiestruturada, observação sistemática e registro no diário de campo.

O agrupamento foi diferenciado para os profissionais de saúde e para a pessoa idosa, como meio de captar as mediações e, em justaposição, a posteriori, identificar as contradições no conteúdo dos discursos.

Nesse cenário, o Quadro 2 resume como foi construída a codificação e os elementos da unidade referencial para o agrupamento categórico e para o aprofundamento do objeto da pesquisa.

Quadro 2 – Unidade referencial que configurou os elementos: Autonomia e Comunicação

Problema de pesquisa: Como se efetivam os processos de ensino e aprendizagem na constituição da dimensão educativa enquanto integrante da avaliação multidimensional na promoção da saúde, manutenção da funcionalidade e bem estar ?	
Elementos da unidade referencial do agrupamento categórico: Autonomia – Comunicação	
Participantes da pesquisa - Pessoa idosa (P.I) Autonomia Tomada de decisão com a prontidão de aprender a reorganizar o ambiente cotidiano.	Participantes da pesquisa - Profissionais de saúde (P.S) Autonomia Aptidão para ensinar de acordo com a específica formação e qualificação geriátrica-gerontológica.
Participantes da pesquisa - Pessoa Idosa (P.I) Comunicação Desejo de aprender, no atendimento geriátrico-gerontológico, por profissionais qualificados.	Participantes da pesquisa - Profissionais de saúde (P.S) Comunicação Desejo de diálogo e atuação em equipe multidisciplinar.
<p>Relação da autonomia com a comunicação: elementos que constituem a aprendizagem da pessoa idosa no ensino dos profissionais de saúde</p> <p>Mediação PI: os profissionais de saúde possuem o saber para ensinar.</p> <p>Contradição PI: há o desejo de ser atendido por equipe multidisciplinar.</p> <p>Mediação PS: a pessoa idosa é capaz de aprender</p> <p>Contradição PS: há o desejo de atuação multidisciplinar.</p>	

Fonte: Elaborado pela autora (2018).

Assim, com base no exposto no Quadro 2, a pré-análise era realizada sempre após a coleta de dados e representou a aproximação com os achados investigados e auxiliou no levantamento das irregularidades do objeto da pesquisa.

Na pré-análise, foram apreendidos os elementos constituintes da unidade referencial categórica, a partir do desvelamento do objeto da pesquisa: o ensino dos profissionais de saúde, na constituição da dimensão educativa enquanto integrante da avaliação multidimensional na promoção da saúde da pessoa idosa.

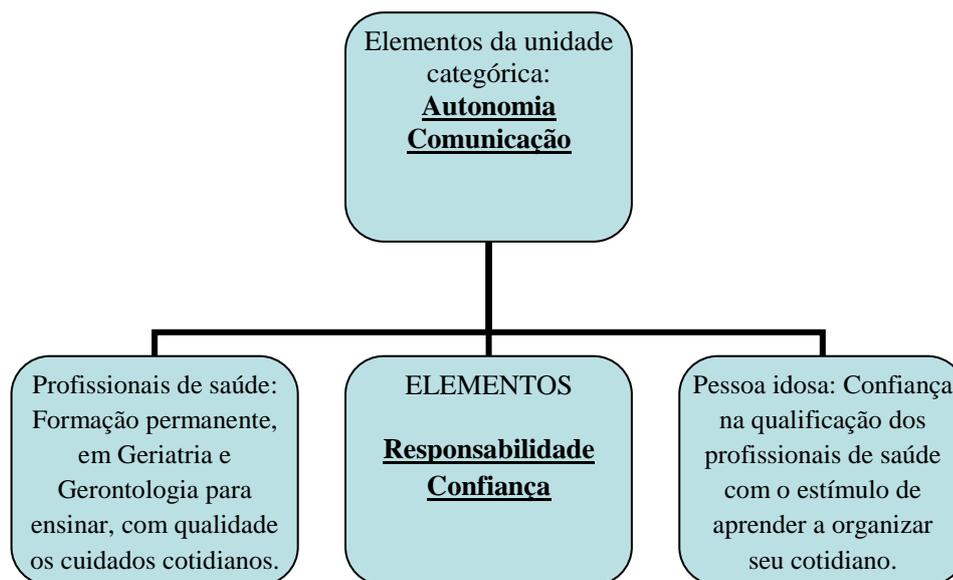
Neste sentido, os dados foram considerados em suas relações, mediações e contradições, por meio do qual foi possível realizar o agrupamento referencial dos elementos responsabilidade e confiança, novos constituintes da unidade categórica.

A responsabilidade dos participantes profissionais de saúde foi um elemento constituinte, pois se associou à relação de se realizar formação permanente em Geriatria e Gerontologia para ensinar com qualidade os cuidados cotidianos das pessoas idosas, cuja

confiança na qualificação dos profissionais de saúde é um estímulo para aprender a organizar seu cotidiano.

A exploração, aliada aos elementos “responsabilidade” e “confiança” dos profissionais de saúde e das pessoas idosas, mostram-se constituintes dos valores humanos no escopo de aprender a reorganizar o cuidado em saúde no cotidiano, conforme demonstrados na Figura 3.

Figura 3 – Unidade referencial que configurou os elementos: Responsabilidade e Confiança



Fonte: Elaborado pela autora (2018).

Assim, têm-se, na Figura 3, os elementos da constituição das unidades categóricas, os quais foram agrupados e inter-relacionados, como significado dos aspectos do ensino com a aprendizagem, na manutenção da funcionalidade e bem estar, na perspectiva dos significados da pessoa idosa e dos profissionais de saúde, sendo, portanto, um guia para o momento da exploração do material.

5.6.2 Exploração do material

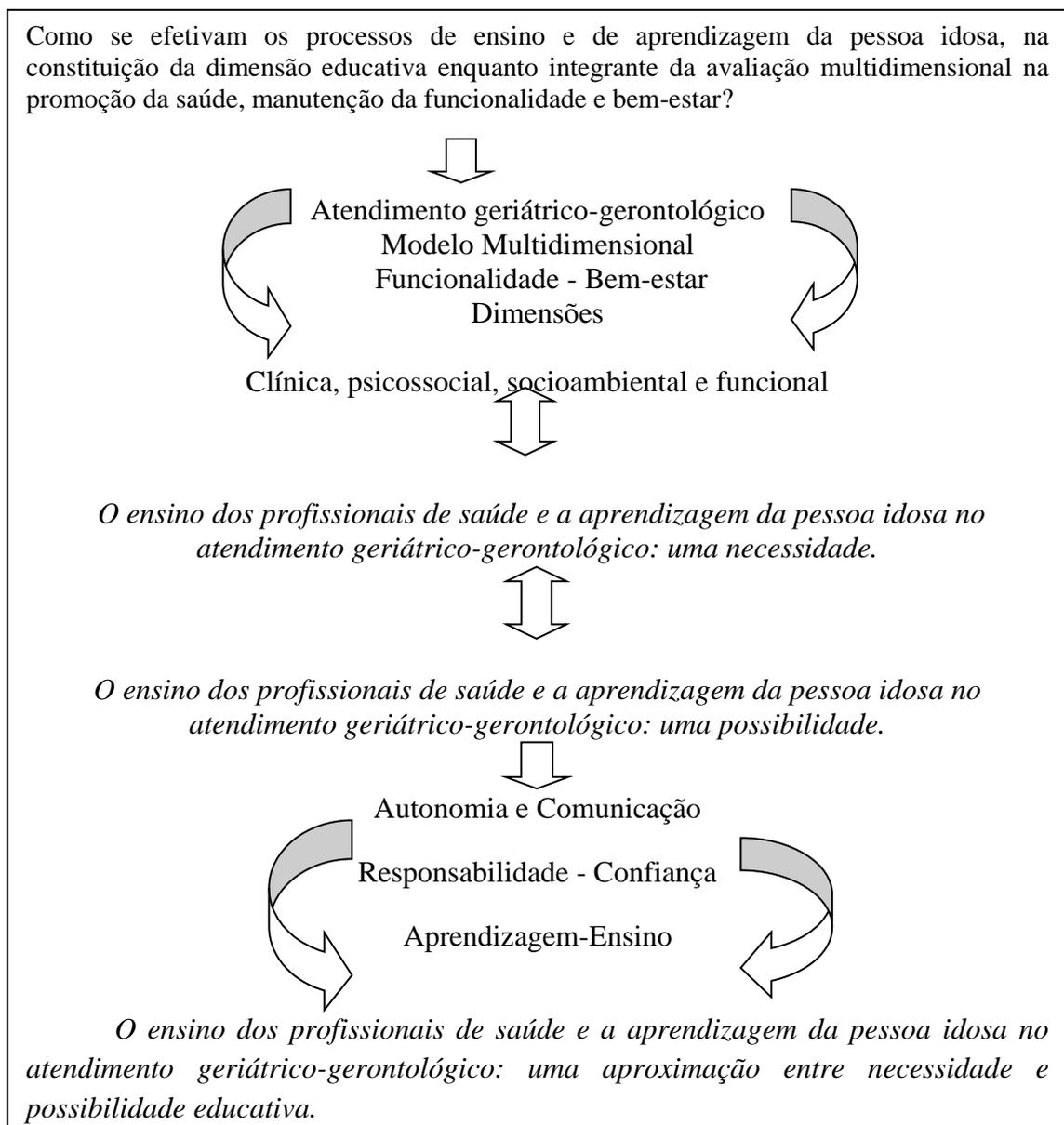
No segundo momento, já com os dados organizados sob a forma dos elementos das unidades categóricas e direcionados ao ensino dos profissionais de saúde, como constituinte da dimensão educativa, realizou-se a sua exploração, com leituras minuciosas e sucessivas, em busca da construção das categorias, de acordo com o conteúdo dos discursos.

Nesse sentido, o Quadro 3 a seguir demonstra o processo de exploração do material de onde emergiram duas categorias denominadas: *o ensino dos profissionais de saúde e a*

aprendizagem da pessoa idosa no atendimento geriátrico-gerontológico: uma necessidade educativa. E, o ensino dos profissionais de saúde e a aprendizagem da pessoa idosa no atendimento geriátrico-gerontológico: uma possibilidade educativa, construídas a partir da codificação e do agrupamento dos elementos das unidades referenciais, o qual permitiu construir a terceira categoria.

O ensino dos profissionais de saúde e a aprendizagem da pessoa idosa no atendimento geriátrico-gerontológico: uma aproximação entre necessidade e possibilidade educativa.

Quadro 3 – Processo de exploração do material



Na exploração do material, consoante o Quadro 3, identificou-se a categoria norteadora do ensino dos profissionais de saúde na aprendizagem da pessoa idosa como constituinte da dimensão educativa, com elementos presentes nas relações, mediações e contradições da autonomia-comunicação e responsabilidade-confiança, no atendimento geriátrico-gerontológico.

Nesse sentido, foi possível desenvolver o terceiro momento da pesquisa, qual seja, a análise e a interpretação dos dados.

5.6.3 A análise e interpretação dos dados

O terceiro momento, denominado análise e interpretação dos dados, foi considerado, segundo Nietzsche (2000), como a fase do caminho metodológico constituída da análise e da interpretação dos dados, por meio da construção de redes inferenciais que produzem uma inter-relação dos dados para o desvelamento do problema de pesquisa.

Nesse cenário, o objeto deste estudo, centralizado no desvelamento do problema de pesquisa como um processo constituído pelos elementos autonomia e comunicação; responsabilidade e confiança constituíram as descrições categóricas da investigação:

- ✓ *O ensino dos profissionais de saúde e a aprendizagem da pessoa idosa no atendimento geriátrico-gerontológico: uma necessidade educativa.*
- ✓ *O ensino dos profissionais de saúde e a aprendizagem da pessoa idosa no atendimento geriátrico-gerontológico: uma possibilidade educativa.*
- ✓ *O ensino dos profissionais de saúde e a aprendizagem da pessoa idosa no atendimento geriátrico-gerontológico: uma aproximação entre necessidade e possibilidade educativa.*

Com o terceiro momento da análise do conteúdo efetivada no transcurso metodológico, foram operacionalizados os resultados da discussão e a interpretação dos dados, os quais foram organizados de acordo com a construção categórica, consoante demonstrado no Quadro 4.

Quadro 4 – Resultados da discussão e interpretação dos dados

Modelo multidimensional à saúde da pessoa idosa
<p>Dimensão clínica, funcional, psicossocial e socioambiental - Promoção da funcionalidade e bem-estar, de acordo com Moraes e Moraes (2016)</p> <p>Como se efetivam os processos de ensino e aprendizagem da pessoa idosa, na constituição da dimensão educativa enquanto integrante da avaliação multidimensional na promoção da saúde, manutenção da funcionalidade e bem-estar?</p>
<p>A sistematização da dimensão educativa na avaliação multidimensional da saúde da pessoa idosa incorpora o ensino dos profissionais de saúde na aprendizagem da pessoa idosa ao interconectar as dimensões clínicas, funcionais, psicossociais e socioambientais no atendimento geriátrico-gerontológico</p> <p style="text-align: center;"></p> <p>Promove a reorganização do cuidado em saúde com funcionalidade no cotidiano</p>

Fonte: Elaborado pela autora (2018).

Com o Quadro 4, construído a partir da identificação do desenvolvimento da aprendizagem da pessoa idosa, foram obtidos os resultados e realizada a discussão dos dados.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO DOS DADOS

6.1 O ENSINO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE E A APRENDIZAGEM DA PESSOA IDOSA NO ATENDIMENTO GERIÁTRICO-GERONTOLÓGICO: UMA NECESSIDADE EDUCATIVA

Identificou-se que os profissionais de saúde desenvolvem o ensino à pessoa idosa durante o atendimento geriátrico-gerontológico, aliado aos cuidados em garantia à funcionalidade, considerando o seu processo individual de envelhecimento, perceptível por meio dos relatos:

Não tem como cuidar sem ensinar. Eu acho que as duas coisas são necessárias e se casam muito bem. Cuidar e ensinar é bem particular de cada idoso porque tem diferentes idades, tipos de vivência e maneiras de ensinar os cuidados em saúde (PS1).

Para cuidar e ensinar depende da demanda do idoso, isto o profissional de saúde identifica, na avaliação. Na comunicação com idoso se percebe as suas dificuldades de vida diária. E, com base nisto, tentar auxiliar e ajudar para o seu dia a dia, principalmente no que ele consegue fazer sozinho ou no que, ele não consegue (PS2).

Eu venho aqui por vontade própria, para aprender a me cuidar melhor, às vezes trago o filho que é para garantia da chegada e saída segura. Quando estou meio ruim. No geral venho sozinha, foi raríssima as situações que tive o filho junto, ainda consigo fazer as coisas do dia a dia sozinha. A gente tem que se movimentar (PI1).

Segundo Egry (1996), o ensino é um processo de partilha de experiência entre educador e educando, vivenciado na prática da busca de soluções às questões a serem enfrentadas no cotidiano. Referido processo se estabelece na relação efetiva entre os envolvidos, considerando o que existe e o que é possível transformar, pois, enquanto um processo dinâmico, é garantido pelo compromisso de ambos os envolvidos e pressupõe, portanto, disponibilidade para reflexão e troca.

Os participantes da pesquisa reconhecem a dependência do ensino e, assim, da educação para obter os melhores resultados no atendimento geriátrico-gerontológico, com respeito à autonomia profissional e à autonomia da pessoa idosa motivando-a para que consiga manter sua funcionalidade.

Eu penso que o sucesso do atendimento, seja ele qual for a necessidade, depende da educação. Então, é necessária a colaboração, comunicação,

autonomia, motivação. Porém se o idoso não estiver ciente do seu papel dentro desse processo, não teremos o sucesso esperado. A educação deve estar inserida em qualquer tipo de abordagem que se faça com o idoso (PS3).

Costumo desenvolver o cuidado à pessoa idosa com o foco na minha autonomia profissional. A minha área é cirurgia do quadril, temos fratura do fêmur proximal que é uma fratura sentinela, para osteoporose. Então, um dos grandes cuidados é o medicamentoso, realmente é com um suporte de vitamina D, verificar o nível de cálcio para reiniciar uma medicação bifosfonada, que diminua o quanto este osso é reabsorvido, o quanto ele vai, digamos, diminuindo de volume e densidade. E, óbvio, depois tem o enfoque necessário da educação e reabilitação (PS7).

Eu procuro fazer o que me ensinam. Eu me cuido para não cair mais. Eu tenho medo de cair, mas tenho que me ajudar para não ficar muito parado (PI2).

Para Goldin (2004), o princípio da autonomia não pode mais ser entendido apenas como sendo a autodeterminação de um indivíduo, esta é apenas uma de suas possíveis leituras. A inclusão do outro na questão da autonomia trouxe, desde o pensamento de Kant, uma nova perspectiva que alia a ação individual ao componente social. Dessa perspectiva que surge a responsabilidade pelo respeito à pessoa, que talvez seja a melhor denominação para este princípio.

Ao analisar os processos de ensino e aprendizagem, identificou-se que para ensinar a pessoa idosa, durante o cuidado, é necessário ao profissional de saúde apropriar-se da autonomia enquanto respeito ao ser humano e realizar a comunicação com os demais profissionais, pois a educação sobre a promoção dos seus cuidados em saúde no cotidiano da pessoa idosa previne o surgimento de novos agravos ao proporcionar bem-estar e segurança na vida diária, como referem:

Eu acredito que a promoção, a educação à promoção tenha sim um fator preventivo como no caso da queda, porque torna a vida do idoso segura, ou seja, assim como se faz a prevenção do idoso no que se refere ao aumento do perfil lipídico, o cuidado com a alimentação quanto à prevenção da obesidade ou não ter resistência periférica à insulina, na diabetes, quanto os cuidados para diminuir os níveis pressóricos e com isso reduzir risco de infarto (PS7).

Eu acredito, sim, que a prevenção das quedas com uma comunicação adequada deva ser ensinada para garantir a mobilidade e uma segurança no ambiente, dentro de casa, o que, com certeza, diminuiria, os números que se tem hoje, por exemplo, de fraturas ou de traumas no domicílio (PS6).

Eu aprendo aqui, mas não sigo tudo o que dizem, se eu comer tudo o que falaram, vou engordar. Como eu aprendi a cuidar da saúde? Um pouco aqui, outro ali, a gente vai aprendendo lá em casa somente tem comida caseira sempre foi assim. Eu faço até o pão. A receita que me deram aqui não fica com o mesmo gosto (PI3).

O Ministério da Saúde considera que a comunicação é uma necessidade fundamental. É mais do que troca de palavras, trata-se de um processo dinâmico, complexo, baseado em cinco dimensões: biológica, fisiológica, social cultural e espiritual. Permite que as pessoas se tornem acessíveis umas às outras, por meio do compartilhamento de sentimentos, opiniões, experiências e informações (BRASIL, 2006).

Comunicar envolve além das palavras que são expressas por meio da fala ou da escrita, todos os sinais transmitidos pelas expressões faciais, pelo corpo através da postura corporal e, por exemplo, da distância que se mantém entre as pessoas. A comunicação é essencial na área de saúde, pois por meio dela são obtidas informações valiosas para a condução terapêutica (BRASIL, 2006).

Para os profissionais de saúde, a comunicação adequada empregada pela equipe de educação sobre a saúde no atendimento geriátrico-gerontológico, possui um fator preventivo em garantia ao bem-estar, ABVD, funcionalidade com qualidade de vida e necessita ser realizada por equipe especializada, sobretudo porque é uma maneira de ampliar as relações sociais, de acordo com os discursos:

Eu acho que o idoso pelo fato dele estar vivendo mais, a expectativa de vida ter aumentado, ele merece receber uma atenção especializada para que ele consiga viver melhor, com autonomia para as suas atividades de vida diária na longevidade, até porque muitos idosos vivem mais sozinhos ou estão afastados da família, muitos não possuem condições financeiras, então eles querem manter sua autonomia (PS5).

É necessário e importante que os profissionais de saúde estejam atentos para ensinar o idoso a viver de uma forma melhor, com uma maior qualidade de vida e para isto necessitam de formação específica (PS4).

Venho aqui porque é bom, eles explicam tudo, gosto de conversar, sempre se aprende algo novo. Às vezes o que dizem eu já sabia, mas é bom vim aqui, não é caro uma consulta com um doutor destes se fosse pagar ali fora seria caro. É um prazer vim aqui, me sinto melhor, quando terminar o tratamento daí não sei se vão dizer para eu voltar (PI4).

Segundo Rodrigues, Rauth e Terra (2010), a qualidade de vida do ser humano depende de dois aspectos fundamentais: educação e saúde que permanecem juntas, em toda a extensão da vida humana, desde o período de formação no útero materno até o fim da vida.

Os autores ressaltam que há inúmeras intervenções na área da saúde, as quais dependem de programas educativos, como uma avaliação multidimensional que considere os aspectos biológicos, psicológicos, emocionais, sociais econômicos, ambientais e espirituais.

Para a dimensão educativa se efetivar nos processos de ensino e aprendizagem se faz necessário operacionalizar o ensino, de tal modo que conhecimentos e saberes geriátricos-gerontológicos possam transcender a promoção da longevidade com funcionalidade e bem-estar, pois o ensino à pessoa idosa busca estimulá-la a envelhecer ativamente, com qualidade de vida, conforme referem:

É preciso saber para auxiliar e ensinar o idoso ter qualidade de vida em seu dia a dia principalmente no seu domicílio, para que ele consiga melhorar seu autocuidado, o uso de algumas dinâmicas é uma boa estratégia para facilitar o aprendizado deles (PS5).

Ao possuir o conhecimento qualificado os profissionais de saúde possuem condições de ensinar o idoso com criatividade o seu cuidado pessoal e integral (PS3).

Eu construo uma árvore genealógica da questão familiar, em que meio familiar ele está? Com quem ele convive? Inicialmente começa com a questão familiar para saber quem é que está chegando. E, para nós, isto é muito positivo nas sessões clínicas seguintes porque forma vínculo e interesse do idoso para aprender (PS1).

Tenho dificuldades para caminhar, uso a bengala, agora eu estou viúvo e me cuido como posso, meus filhos moram em outro estado, mas aqui sempre tem alguém me esperando para me atender, aqui não fazem cara feia, me ajudam, eu vou pôr prótese (PI5).

Conforme Rodrigues, Rauth e Terra (2010), no envelhecimento ativo e bem-sucedido, deve-se levar em conta não somente os ganhos, mas também as perdas ocorridas do ponto de vista biológico, psicológico e social, embora o idoso mantenha sua independência e autonomia, sendo que ambos possuem uma estreita relação com os recursos comunitários, disponibilizados pelas políticas públicas de saúde, educação, trabalho, cultura, lazer e seguridade social.

Nesse cenário, o efetivo ensino da pessoa idosa demanda aos profissionais de saúde, saberes de acordo com sua formação profissional, para que se possa transcender de uma possibilidade a uma realidade concreta, com a utilização e com o reforço de estratégias educativas, que facilitam a vida diária da pessoa idosa, na reorganização do ambiente cotidiano:

A gente brinca, muitas vezes chegamos a ser repetitivos nas orientações. Daí entre nós, descontraímos, um pouco: Poxa! Está igual à Pediatria, mas é a Geriatria. Temos a responsabilidade de ensinar, toda semana, é necessário demonstrar a escovação, pega escova, mostra, qual é a fricção, qual é a

força. Quando o idoso confia e se esforça aprende. E se aprende voltam com outro idoso e, muitas vezes, você não tem resultado (PS2).

Quando às vezes se chega à exaustão de ficar reforçando a questão da higiene, de limpeza, por incrível que possa parecer vem a gratificação porque se tem o retorno da aprendizagem realizada para o idoso (PS3).

É muito gratificante quando há conclusão do cuidado clínico, o procedimento reabilitador é sempre associado à atenção da saúde, com confiança e responsabilidade se cativa o paciente idoso, incentivando, e daí eu ensino o idoso e ele vem com uma resposta muito positiva. Óbvio, vai ter dois ou três casos, vai ter situações onde as próprias patologias e demências associadas ao processo senil vão fazer com que não tenhamos uma resposta positiva, mas a grande maioria, pela insistência, ganhamos na aprendizagem e no cuidado (PS1).

Segundo Mosquera e Stobäus (2006), o ser humano apresenta necessidade de valorização positiva ou de autoestima, que pode ser aprendido na sua interação social. Todavia, culturalmente, muitos idosos elegem a velhice como um tempo de descanso de sua vida alegando que não há necessidades de novas aprendizagens.

Conforme Stobäus e Mosquera (2017), as pesquisas apontam para o desenvolvimento de projetos educativos específicos para o público idoso, proporcionando um maior foco em suas necessidades e interesses, em prol do seu desenvolvimento saudável.

Além disso, destacam Stobäus et al. (2018) que no processo de envelhecimento, há interferências de doenças e incapacidades dependentes da ação conjunta da genética, do comportamento individual e do acesso a recursos científicos, tecnológicos e sociais, que influenciam no comportamento ao longo de toda a vida.

Nesse sentido, os indivíduos podem envelhecer bem, apresentando as mudanças normativas da senescência, mas com pequenas perdas funcionais, poucas e controladas doenças crônicas e manutenção da atividade e da participação social. Sendo que quando há um desfecho positivo, tem-se um envelhecimento considerado bem-sucedido e saudável, por agregar saúde e bem-estar.

Sob esta consideração, o desenvolvimento dos processos de ensino e aprendizagem no atendimento geriátrico-gerontológico articulou, então, a dimensão clínica aos elementos da responsabilidade e confiança, pois significa, para o profissional de saúde, que ensinar a reorganizar o cotidiano é necessário na promoção do bem-estar, da funcionalidade e da qualidade de vida, consoante afirmam:

Eu acho que significa trazer qualidade de vida, significa realmente trazer bem-estar. Falando no SUS que realmente aconteça os direitos das pessoas,

sejam garantidos, assegurados. Neste sentido, é fazer valer o que realmente deveria ser feito enquanto profissionais com responsabilidade. Assim, e também, para pessoa própria conseguir ter um melhor atendimento, com melhor qualidade e confiança no saber da equipe (PS4).

Tudo passa pela responsabilidade e interesse dos profissionais de saúde para mostrar que o idoso é capaz de aprender, não é porque eles possuem esta idade que eles não são capazes de ter uma qualidade de vida, de ter sua rotina, com funcionalidade e autonomia (PS6).

Se eu não confiar no que dizem aqui, não adiante nada vim. Faço yoga e gosto de aprender na internet. A importância que eu acho de vim aqui, é que aqui tem recurso, uma coisa ou outra sempre se aprende para viver bem e melhor, às vezes você está bem outras não está. Quando começo a me sentir ruim, venho aqui, me disseram para vim sempre que preciso, mas tem que agendar primeiro (PI4).

Conforme Egry (1996), a responsabilidade dos profissionais de saúde, por contingência, por seu status social e pelos investimentos sociais a eles destinados, faz com que devam visualizar as possibilidades e as necessidades de mudança efetivas no seu saber-fazer quanto às intervenções no processo saúde-doença da população, precisamente porque esta é uma forma de mudar o mecanicismo de suas ações focadas apenas na doença, pois as pessoas, em geral, confiam na sua qualificação permanente.

A aprendizagem da pessoa idosa articula a autonomia profissional com a comunicação e alia responsabilidade com a confiança, para conhecer e auxiliar frente às reais necessidades socioambientais e à rotina de vida do idoso com independência, conforme menciona o profissional de saúde:

Eu acho que os profissionais de saúde na equipe devem se comunicar e se querer bem para estabelecer confiança junto ao idoso, porque ele precisa manter suas atividades e tarefas diárias, para que não se sinta incapacitado por uma doença ou pelas próprias dificuldades características da velhice. Quando você consegue habilitar o idoso para uma vida mais independente, para ABVD, a equipe fica confiante e satisfeita, consigo perceber a minha importância como profissional, quando isto não acontece a promoção da saúde mostra suas lacunas (PS6).

Colocam Mosquera e Stobäus (2006) que um profissional mais saudável, que tenha relações interpessoais mais sadias, sem dúvida, eleva-se a si e aos outros, pois promove a autorrealização e a ajuda mútua em direção à educação inclusiva. De certa maneira, esses profissionais são modelos de identidade para seus educandos, sobre seus valores, seus sentimentos e suas expectativas, sobre interações e relações com os outros.

O significado do ensino, na reorganização do cotidiano da pessoa idosa, é considerado um processo educativo, dialógico, estabelecido em uma relação de motivação e confiança entre os profissionais de saúde e entre as pessoas idosas na garantia da sua ABVD, o que gera satisfação à equipe, de acordo com o que dizem:

É gratificante melhorar a qualidade de vida da pessoa idosa, ver o sorriso no rosto deles, por terem conseguido realizar alguma tarefa ou atividade novamente que não conseguiam realizar mais, é simplesmente incrível (PS5).

Eu penso que é fundamental atuar em equipe, porque a pessoa idosa, saudável ou em processo de adoecimento, consiste em uma complexidade de fatores. É necessário trabalhar o físico, em vários níveis, e também o psicológico, o espiritual, enfim. A minha formação profissional não me permite trabalhar isso sozinha. Então, o trabalho é fundamental e se solidifica a partir do momento que conseguimos trabalhar em equipe de fato, e não cada um fazendo sua parte. Trabalhar em equipe, com diálogo e troca de experiência, para que o resultado seja mais efetivo e o idoso consiga realizar as atividades (PS4).

Tenho que me cuidar e cuidar da minha esposa, ela caiu da construção da casa nova, quando tinha 62 anos, os filhos levaram ela até para Brasília, já 10 anos disto, trago ela na cadeira de rodas aqui, eu faço tudo em casa para mim e para ela, eu até sei passar sonda nela, eu penteio o cabelo dela, nem sempre faço a comida certa para ela, uso o fogão a lenha para não deixar a comida queimar porque faço para mim e para ela, se fizer no fogão a gás queima vou me virando como posso (PI2).

Para Amthauer e Falk (2017), é papel do profissional da saúde assegurar o cuidado integral ao idoso, bem como refletir sobre suas práticas de cuidado, pois assim garante ao usuário um atendimento digno e humanizado, compreendendo o idoso em sua totalidade.

No desenvolvimento do ensino, a atuação profissional em equipe torna-se fundamental para que, no atendimento geriátrico-gerontológico, a pessoa idosa seja atendida em suas necessidades de cuidado e, assim, possa aprender a reorganizar seu cotidiano, com uma comunicação integrada, em fortalecimento às suas relações sociais e, conseqüentemente, ao seu processo de envelhecimento saudável com ou sem síndromes e agravos associados, consoante mencionado:

Aí vem a esfera multiprofissional. Não tem como alguém conseguir ter todo o jogo de cintura, se não tiver pelo menos uma base muito boa de uma questão fisiológica do envelhecimento, de reconhecimento de saúde e de envelhecimento, sem ter uma boa base de uma questão psicológica e obviamente as esferas que vão competir dentro de cada caso, se tiver uma situação associada com a dimensão social, fisioterápica, ocupacional, nutricional, aí começa a ir agregando outras áreas como a enfermagem, pra cada um dos idosos é importante de acordo com sua condição (PS2).

De acordo com o Ministério da Saúde (2006), a equipe de saúde precisa estar sempre atenta à pessoa idosa, na constante atenção ao seu bem-estar, à sua rotina funcional e à sua inserção familiar e social, jamais a deixando à margem de seu contexto, mantendo-a o mais independente possível no desempenho de suas atividades rotineiras.

Para desenvolver o ensino, os profissionais de saúde consideram de suma importância possuir o conhecimento sobre o processo de envelhecimento, no cenário interdisciplinar. Ao se apropriarem dos saberes em Geriatria e Gerontologia, promovem o atendimento das dimensões educativas, clínicas, funcionais, psicossociais e socioambientais, de acordo com as referências dos participantes:

A partir de uma avaliação da demanda da pessoa, uma avaliação integrada de vários aspectos de vida desta pessoa, questões sociais, psicológicas e biológicas. Perceber quais são as capacidades que ele tem dentro da autonomia, se é ainda preservada ou não, se ele consegue ser independente, se consegue ler algum informativo e se quer ler (PS3).

Depois que vim aqui para a fisioterapia, fui entrando aqui dentro, me passam para um, para outro, mas a pressão não baixa, às vezes nem sei por que ela aumenta tanto, querem agora que eu emagreça, meu pai tinha problema de coração, faleceu disso, meu irmão também. Eu tomo também remédio para dormir, sem ele não consigo pegar no sono. Não consigo mais ir no mercado sozinho porque é longe de casa. Somente vou na farmácia que é perto (PI).

Segundo Silva (2009), compreender o significado da condição de fragilidade e identificar os idosos em risco, com suas necessidades humanas básicas comprometidas, sempre vai requerer grande envolvimento ético-profissional por parte de quem cuida, com participação ativa de profissionais de várias formações, interagindo com o idoso e com todo o seu contexto de relacionamento/ligação.

O cuidado surge da própria substância da vida e sua ética implica compaixão, colocar-se no lugar do outro em reciprocidade, respeito, deixar que ele realmente seja em sua alteridade, voltar-se para o outro, no sofrimento e na solidariedade, assistir e acolhê-lo naquilo que ele não pode mais fazer.

O cuidado significa presença humana confiada, calorosa, que dá densidade ao ser e enternecimento. Tem como princípio a individualização da assistência, visando o máximo de autonomia e independência (SILVA, 2009).

Ao analisar os elementos do ensino e da aprendizagem, pode-se inferir que o fator educativo influencia significativamente, na efetividade da integração interdisciplinar, de maneira afetiva e efetiva no processo do envelhecimento e na longevidade, com bem-estar.

Por isso é importante conhecer a rede de apoio na promoção integral da saúde do idoso, conforme relatam:

Quem constitui a rede de apoio desta pessoa? Quais são os serviços de saúde que ela utiliza? É um cuidado mais ampliado e sempre trazendo para o lado da pessoa. No sentido dela se colocar diante deste cuidado que ela também é responsável, por isto, neste sentido, também fazer muitas orientações às pessoas do tratamento que estamos realizando da situação de saúde, que ela está vivendo também, para que ele possa gerir sua própria vida neste sentido (PS4).

Outro dia queria que eu trouxesse um familiar (risos). A mulher faleceu. Daí perguntei se valia trazer o cachorro, eu brinquei, porque cachorro não entra em instituição. Vejo televisão, venho aqui, um dia a gente se vai, e o bom é ir natural, eu não quero ficar numa cama de hospital, cheio de coisa. Me cuido bastante, caminho com meu cachorro até cinco vezes por dia, ele só falta falar (PI5).

A pessoa idosa significa o sentido de buscar aprender continuamente para seguir sua vida com felicidade, com qualidade de vida e bem-estar, tornando sua vida satisfatória como uma maneira de se manter engajada socialmente, ao demonstrarem prontidão comunicativa para aprender.

6.2 O ENSINO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE E A APRENDIZAGEM DA PESSOA IDOSA NO ATENDIMENTO GERIÁTRICO-GERONTOLÓGICO: UMA POSSIBILIDADE EDUCATIVA

Ao conhecer o significado do ensino, na reorganização do cuidado e autocuidado, na manutenção da funcionalidade e bem estar no cotidiano, na perspectiva da pessoa idosa e dos profissionais de saúde, considera-se a autonomia-comunicação e a responsabilidade-confiança da relação entre os participantes, já que, em seus discursos e práticas, comungam da necessidade de considerar a dimensão educativa na avaliação e no acompanhamento do atendimento geriátrico-gerontológico, porém há lacunas quanto à sua efetividade, desveladas no conteúdo dos discursos:

A dimensão educativa é a sistematização da educação do idoso e depende de que idoso nós estamos falando. Se é um idoso saudável que tem um processo de envelhecimento sem comorbidades ou não. O aspecto educativo deve ser considerado de acordo com a classificação do idoso saudável e idoso com algumas doenças, que possam surgir ao longo do processo de envelhecimento, como as demências (PS6).

Então, a dimensão educativa seria uma educação conjunta. Qual é o enfoque que nós vamos dar? Pode ser de prevenção, promoção da saúde, pensando em um idoso que é saudável, que se quer manter sua saúde ou o enfoque de recuperação funcional, no caso do idoso já apresentar algumas alterações. Enfim, podemos trabalhar a dimensão educativa na prevenção, promoção e tratamento, em qualquer nível, de acordo com o que o idoso apresentar e com a disponibilidade da equipe (PS7).

Me ensinam aqui, mas muita coisa eu consigo fazer, outras não. Vou te dizer: as minhas pernas dói e é uma dor que não vai passar tão fácil, tomo remédio. À noite para dormir passo uma pomada que dizem ser muito boa, foi a minha vizinha que me deu um pouco da pomada, mas não passa, até no massagista fui (PI5).

Para Marpeau (2002), não se pode pensar o processo educativo apenas em termos de procedimentos de aquisição ou dispositivos pedagógicos. A dinâmica provocada pelas interações do sujeito com o ambiente e com o outro, na relação com a realidade e, mais globalmente, com o mundo, é que permite ou impede o início do processo educativo pelo próprio indivíduo.

Para o autor, deve-se compreender as diferentes relações, construídas pelo indivíduo nesta dinâmica. Uma relação é o sentido elaborado a partir dos valores inseridos em um contexto, pois o ser humano é um sistema vivo, complexo, heterogêneo submetido a influências múltiplas e a eventualidades dos acontecimentos e, por isto, deve-se levar em conta a temporalidade, os desejos e as intenções que modificam o lugar dos atores no sistema.

Os participantes da pesquisa significam a dimensão educativa no atendimento geriátrico e gerontológico, como um meio estruturante da promoção de saúde que estimula e ajuda os idosos a organizarem o ambiente do cuidado em saúde no cotidiano, com respeito às influências e às características do envelhecimento individual e do contexto social:

Eu acho que o idoso precisa ser cuidado de uma forma multidimensional e ensinado de maneira ampla e simplificada. Muitas vezes falamos de uma forma que eles não conseguem entender, precisa ser desenvolvido na dimensão educativa, de uma maneira bem atenta e sistematizada, para que esta pessoa possa estar ciente do que estamos falando. Explicar de uma forma fácil, que ele consiga compreender (PS5).

Hoje se vê muitos profissionais que não gostam do velho, não é todos que gostam, mandam a gente de um lado para o outro ou pergunta: o senhor novamente aqui? Às vezes dá vontade de sei lá o que, porque falam que é normal da idade (PI6).

Segundo Marpeau (2002), a Educação insere-se na ordem de um processo e não de um procedimento da aprendizagem. Concebida como práxis, coloca o sujeito no centro das

elaborações que lhe dizem respeito, logo, não se pode eliminar a complexidade do vivo, nem pode ser pensada ou deduzida da aplicação de procedimentos.

Por meio da aplicação de um método ou da reprodução de um procedimento, a pessoa não pode compreender as condições do seu sucesso, sendo, portanto, preciso compreender o processo. Todavia, podem-se utilizar os procedimentos de aprendizagens, mas não generalizar o indivíduo, pois este é singular, vinculado à sua realidade.

Sob esse viés, há uma transição dos discursos para a sistematização da dimensão educativa na realidade investigada, pois foi unânime quanto à sua importância e quanto ao desvelamento de seus elementos que a constituíram no desenvolvimento da aprendizagem-ensino, em que se percebeu uma contradição do que é necessário para o que é efetivo e afetivo.

Destaca-se que há uma contradição entre o discurso e a prática, pois na realidade investigada durante a observação, embora houvesse o desejo de efetiva integração interdisciplinar com a convivência e com a partilha de saberes, não há reflexo dessa organização dialógica entre os profissionais de saúde.

É preciso repensar acerca dos espaços de discussão entre membros da equipe e criar redes de acolhimento dentro do sistema de atendimento geriátrico-gerontológico.

Percebe-se, portanto que a comunicação é apenas sob a forma escrita com os demais profissionais, por meio de encaminhamentos, tornando o diálogo de saberes e a atuação interdisciplinar frágil, conforme consideração dos discursos:

Eu acho que os profissionais precisam estar capacitados para lidar com situação que o idoso apresenta que são cada vez maiores. E o que eu percebo é uma grande dificuldade de diálogo com a equipe. Precisa-se de uma educação continuada com relação a isto, as pessoas precisam estar frente à realidade, conviver com as dificuldades e, com base nestas dificuldades, conseguir planejar e ver com a equipe: como o idoso vai ter este suporte que ele precisa?

Como que nós vamos enfrentar e realizar isto? Quais as necessidades que ele vai precisar com base nisto? Eu acho que os profissionais precisam ser mais capacitados e realmente estar na equipe, perceber os mínimos detalhes do dia a dia do idoso, para conseguir repassar isto para ele (PS2).

Dá para contar nos dedos as situações dos pacientes que chegaram por indicação ou por interesse de contato interdisciplinar entre estes profissionais e o nosso laboratório de ensino, mas também tem algumas situações eventuais que acontecem, mas de uma maneira geral, ainda isto é algo muito utópico (PS1).

Eu vou mencionar um exemplo para te ajudar. Me encaminharam para fazer uma prótese nova e eu teria que extrair alguns dentes da boca. Quando eu cheguei aqui, porque eu tomo uns comprimidos controlados, não pude fazer, tenho risco para tirar os dentes. Fiquei de mãos atadas já faz um tempo que eu tento resolver e até agora nada (PI3).

O ideal seria que antes de trabalharmos em equipe, pensemos em não criar expectativas ilusórias para o paciente do que vai ser feito pelo outro profissional, bom seria mesmo estarmos integrados: equipe inter, multi, transdisciplinar para atuarmos (PS7).

Segundo Potter e Perry (2015), em uma sociedade que valoriza atração, energia e juventude, mitos e estereótipos levam à desvalorização do idoso devido à crença de não possuírem valor de força de trabalho, enquanto outros acreditam que o conhecimento e a experiência sejam ultrapassados e, portanto, sem valor atual, essas noções fundamentam um preconceito que é a discriminação contra as pessoas por causa da idade excessiva.

Nesse sentido, ao analisar as mediações do ensino e da aprendizagem em suas relações com o escopo de aprender a reorganizar o seu cuidado no cotidiano, considera-se que há então uma lacuna na efetividade, tornando-a uma possibilidade.

Ou seja: um devir a construção da dimensão educativa, no atendimento geriátrico gerontológico e, ainda, se percebe as suas influências nas contradições dos discursos que se configuram entre os participantes do estudo relatado:

Eu acho que os profissionais de saúde precisam de maneira integrada pensar em desenvolver um plano educativo que consiga atender o idoso dentro do seu contexto social, dentro do seu cotidiano, para que consigam identificar as necessidades de cada idoso, muitos profissionais não conseguem verificar o que o indivíduo tem de maior dificuldade porque muitos profissionais não conseguem verificar o idoso dentro da sua casa, quais são as maiores limitações que ele vai ter (PS7).

Então, existem profissionais de saúde que nem procuram saber do contexto do idoso, enfim, como ele vive e nem trabalham em equipe (PS7).

Segundo Sacristán et al. (2011), para que o ensino aconteça como uma nova aprendizagem na vida dos indivíduos, é preciso compreender as características de quem aprende; selecionar os recursos educativos; motivar e criar um ambiente de ensino-aprendizagem que contribua para orientar sobre o que se deve fazer para reaprender no cotidiano, sem a emissão de juízos de valores a respeito do indivíduo que procura aprender.

Diante dessa visão, a dimensão educativa foi considerada em sua complexidade como uma transição possível do que se pensa e discursa para a realidade do atendimento geriátrico-gerontológico, conforme referência:

Aqui os profissionais de saúde sabem bastante, estudaram para cuidar de pessoa velha. Eu não conheço todos, sei que tens uns que seria bem cara se fosse pagar no particular. Tudo é caro hoje. Comer bem é muito caro, os remédios nem se fala. Então me consulto aqui, eu já tenho muitos conhecidos que vêm aqui faz tempo e daí a gente faz amizade (PI3).

Diz Spirduso (2005) que o envelhecimento é uma experiência individual, uma vez que as pessoas diferem não somente em suas características e comportamentos, mas também na maneira como elas mudam com o tempo.

É válido destacar que a qualidade de vida do idoso não depende apenas de sua idade, mas também da atitude das pessoas que o cercam, isto é, da estrutura emocional proporcionada a ele.

Duarte e Santos (2004) explicam que a ocupação e a sociabilidade influem na percepção do cuidado do idoso, apontando a família, os programas comunitários e religiosos como as principais redes de suporte psicossocial.

Para Brandão (2008), é válida uma intervenção psicoterapêutica que objetive ajustar as relações sociais dos idosos com familiares e amigos, possibilitando a formação de novas relações e atendendo à necessidade de aprendizagem de um novo estilo de vida para que as perdas sejam minimizadas.

É nesse contexto que se percebe a transição de uma realidade não efetivada para a possibilidade de sua concretização, pois a dimensão educativa nos processos de ensino e aprendizagem da pessoa idosa poderá ser sistematizada e integrada à avaliação multidimensional, consoante assim considerado:

Um exemplo de sistematizar algo educativo integrado é todos estimular as orientações para que o idoso consiga ter mais a sua rotina, para que ele seja capaz de conseguir cada vez mais fazer as suas atividades sozinho e o que ele tiver mais dificuldade, orientar para que isto fique mais fácil (PS4).

Seria bom sistematizar algo com a equipe sobre os cuidados em casa, quanto ao risco de queda, às rotinas do dia a dia, o que ele apresenta de mais dificuldade trazer isto mais perto para que não se torne tanto dificultoso isto para ele. Mas quando faríamos isto? (PS7).

Para conseguir ser atendido aqui levei um tempo, eu não sabia, me disseram na Romaria que eu poderia vim aqui, se paga um taxinha e eu faço os exames todos. Eu gostava quando tinha palestra, mas agora parou não sei por quê (PI6).

Potter e Perry (2015) mencionam que é necessária uma avaliação compreensiva do idoso e isso leva tempo, devido à complexidade da vida humana. Após se desenvolve o levantamento de suas necessidades psicossociais, socioambientais, funcionais e clínicas, de modo a organizar o planejamento, a intervenção e a avaliação dos resultados esperados.

É neste cenário que se compreende a dimensão educativa não como uma realidade, mas como uma estratégia possível de ser operacionalizada no atendimento geriátrico-gerontológico, com efetividade pela equipe de saúde, pois possui como condicionante o diálogo entre os profissionais de saúde.

Estes, por sua vez, esbarram nas múltiplas ações do cotidiano profissional e também na perda do desejo da pessoa idosa pelo serviço de saúde complementar:

A Neurociência demonstra que o idoso é capaz de aprender, sim. A pessoa idosa pode apresentar algumas dificuldades, mas com certeza o aprendizado é possível, agora ensinar os cuidados geriátricos-gerontológicos ao idoso de maneira sistematizada é um desafio para a equipe, porque primeiro temos que dispor de tempo e outra, como eu mencionei anteriormente, se o idoso não compreender seu papel no processo, será um desafio (PS1).

Sempre é um desafio educar as pessoas para mudança de hábitos, sobre o modo de ver as coisas, ainda mais quando o idoso não visualiza, de forma clara, seu papel na intervenção (PS1).

É preciso que o profissional tenha formação e compromisso, que tenha esta noção, e até mesmo, eu digo, paciência. Mais do que conhecimento técnico-científico, eu penso que é uma formação humanista com abordagem que envolve outros elementos, como por exemplo: o olhar, o toque, o carinho, o respeito para a história de vida do idoso e isto requer paciência (PS3).

Eu não preciso, mas tem até cadeira de rodas na portaria. Tem muito idoso que nem precisava mas usa, eu já vi. Tem outros que não voltaram mais aqui porque não acreditam que depois de uma certa idade a gente tem que se cuidar melhor.

Se tu olhar bem vai ver o quanto Santa Maria está envelhecendo. Vai ali no calçadão e tu vai ver. Por isto eu acho que quem atende o idoso tem que gostar (PI1).

Para Potter e Perry (2015), a extensão do idoso de viver independentemente determina fortemente suas escolhas. Deve ser considerada sua condição de saúde, a qual irá influenciar no seu plano de vida diária, assim, uma avaliação compreensiva, funcional, econômica a respeito de sua acessibilidade social, moradia e ambiente possui um impacto importante sobre a saúde do idoso.

Para cumprir com o propósito da inserção da dimensão educativa, cabe discussão, integração e planejamento sobre os aspectos relacionados e identificados no desenvolvimento da aprendizagem–ensino, pois a educação sobre a saúde constitui o alicerce que reorganiza o cotidiano quando articulado às necessidades e ao estímulo da pessoa idosa, de acordo com o mencionado nas falas:

Depende do tipo de condução educativa para com cada idoso. No caso de um comprometimento cognitivo ou mais leve, nós realizamos um direcionamento, esta abordagem nós temos que considerar que o idoso poderá ter perda de memória ou uma deficiência de aprendizagem e que isto irá interferir no processo da educação (PS6).

Então, mais tardiamente, quem será educada será a família e não propriamente o idoso. Nós vamos necessitar desta rede de apoio (PS6).

Às vezes fica difícil o meu dia, fico um pouco limitado quando não consigo fazer tudo o que quero, eu me cuido e tento realizar tudo em casa. Quero ficar ativo o máximo possível, fazer as coisas e não precisar incomodar meus filhos (PI5).

Segundo Potter e Perry (2015), é importante conhecer as condições clínicas que afetam a cognição do idoso, de modo que o profissional deve saber distingui-las para eleger o tipo de intervenção educativa específica e realizar discussão na equipe, para o melhor planejamento das intervenções.

Em análise aos discursos dos participantes profissionais de saúde, há a preocupação em educar, considerando o processo de envelhecimento e suas implicações cognitivas, estimulando a convivência familiar e social, criando um sistema educativo, em que a aprendizagem do idoso e o ensino dos profissionais de saúde apresenta-se como uma importante estrutura de apoio no atendimento das necessidades funcionais, clínicas psicossociais, educativas e socioambientais nas relações familiares e sociais:

Na verdade, já deveria acontecer na ausência do déficit cognitivo. A família, independentemente da idade da pessoa, necessita estar envolvida. Por exemplo, se o idoso irá fazer uma reeducação alimentar e a família não estiver envolvida nisto, corre-se o risco de haver insucesso. E a mesma coisa é na abordagem educativa ou em qualquer. Se a família ou o grupo de amigos não estiverem empenhados, eu penso que é muito mais difícil acontecer a educação e a promoção da saúde (PS5).

Miranda et al. (2015) consideram que a realidade, no entanto, mostra que a maior parte da responsabilidade com o idoso ainda recai sobre a família, normalmente sobre um membro

do gênero feminino, que se torna cuidador informal do parente idoso e que não recebe orientações, nem possui uma estrutura eficaz para prestar cuidados efetivos ao idoso.

Esse cuidador é um membro familiar que, voluntariamente, presta cuidado ao idoso, auxiliando em tarefas como alimentação, locomoção, higiene pessoal, medicação de rotina, entre outros, contribuindo, ainda que parcialmente, para a recuperação e a qualidade de vida do idoso.

A inserção da dimensão educativa para os participantes profissionais de saúde nos processos de ensino e aprendizagem engloba também o aspecto sócio familiar, para um processo de envelhecimento e promoção do bem-estar, no sentido de criar estratégias e estímulo permanentemente para que se consiga a transição do discurso à prática e se efetive no cotidiano:

Muitas vezes o idoso tem um grau de dificuldade. Além disso, muitas vezes, tem toda a questão de preconceito do idoso que está recebendo uma educação de alguém, mais jovem, se a vida inteira ele fez higiene, de uma forma x, porque que agora uma pessoa que tem um quinto da idade dele, está ensinando que é diferente (PS2).

Aí volta ao bom senso de não impor, de não dizer que está fazendo errado, de negociar, de estimular. Nunca chegamos dizendo que o idoso não aprendeu, que não ficou com o cuidado que ele fez. Fizemos o reforço positivo. Nós damos ênfase para as coisas boas, porque, ao incentivar, estimular o idoso, realmente conseguimos ver os resultados positivos, mas é difícil, não é fácil (PS2).

Ainda tem muito preconceito de muitas pessoas da sociedade com relação à pessoa idosa, que associam como um alguém com dificuldade, o que, muitas vezes, é característico (PS6).

Claro, vai ter um declínio funcional natural, em certas situações, mas que não é um impeditivo para o aprendizado, tratamento e para a saúde. E isto tem que ser em visto e colocado, porque, muitas vezes este preconceito faz com que as pessoas idosas não vão atrás e não invistam na questão da saúde (PS6).

Segundo Nicolato, Couto e Castro (2016), o idoso demonstra comportamento de busca de atendimento na atenção secundária com a meta de aprender a desempenhar o autocuidado geral e terapêutico. O apoio por meio da educação promove as ações de orientação e ensino na atenção à saúde do idoso, tendo em vista a identificação dos riscos e a recuperação precoce, para minimizar o impacto das condições crônicas, na funcionalidade e no contexto global da vida.

A inserção da dimensão educativa no atendimento geriátrico-gerontológico integra a complexidade por se apresentar em diferentes causalidades e formas de expressão dos profissionais de saúde, o que traz à tona um desafio perante à promoção da saúde, mas implica cuidar, ensinar e estimular a pessoa idosa, a partir do que ela consegue operacionalizar, a partir da educação promovida pela equipe:

Eu acho que seja um desafio e volto na questão de o próprio profissional ter um processo de formação, de capacitação, de qualificação profissional para entender o quanto é importante esta dimensão educativa, relacionada com a educação, desde o processo de formação, a não ser que faça uma especialização que pensa por este lado. Ver a importância disto na relação com os usuários, compreendê-los em suas necessidades, pois eles precisam deste conhecimento (PS4).

Para Lucena et al. (2016), pensar as práticas educativas realizadas ajuda os profissionais de saúde a construir novos subsídios e ideias para a assistência, possibilitando uma reflexão frente à singularidade do idoso, podendo, assim, contribuir para a efetivação da assistência, na busca por maior longevidade com qualidade de vida, pois a educação em saúde incentiva a adoção de medidas preventivas de autocuidado em relação à saúde do idoso.

Nesse sentido, os profissionais de saúde consideram a importância do levantamento das necessidades de aprendizagem, conforme disseram:

Precisa também saber que conhecimentos eles têm já na avaliação, para poder fazer um diálogo, uma troca, assim, sempre pensar a nossa prática, de que forma a gente vai poder estar colocando a questão da educação, se a gente parar e não ver isto como importante fica somente naquele automatismo, no tecnicismo, não se consegue trazer à sociedade a nossa contribuição técnica, acho que isto é importante a gente se avaliar (PS7).

Reticena et al. (2015) considera que, apesar da valorização conferida às ações educativas, estas precisam ser mais efetivas. Isso também foi identificado em um estudo no qual os participantes demonstraram necessitar de mais esclarecimento sobre a doença e seu tratamento, o que pode ocorrer por meio do fortalecimento de ações da equipe de saúde.

Os autores ressaltam que as ações de promoção e prevenção da saúde, muitas vezes, não são contínuas, devido à falta de integração dos profissionais e à sobrecarga de suas atividades. Ainda, estes empregam a maior parte de seu tempo em atribuições administrativas e, assim, falta-lhes tempo para as ações educativas.

Considera-se, então, a aprendizagem da pessoa idosa identificada no ensino como um processo de ação interdisciplinar, da avaliação ao acompanhamento geriátrico-gerontológico

do modelo multidimensional, na promoção da funcionalidade e do bem-estar no ambiente cotidiano, de maneira conjugada com as suas necessidades.

A dimensão é este processo que articula, promove, estimula o envelhecimento com funcionalidade, sendo importante destacar em toda a sua extensão, sobretudo no âmbito da reorganização da gestão e do cuidado, no ambiente cotidiano da pessoa idosa, conforme discursado:

Todos devem ensinar integrado, por exemplo, a retirada de tapetes, cuidar os pisos por exemplo encerados nas casas que tem piso de tábuas, colocar barras no banheiro, nos corredores mais longos, colocar luzes de suporte quando este idoso acorda. Cuidar com animais, inclusive dentro de casa, alguns têm no quarto ou ao pé da cama, muitas vezes acorda e tropeça no animal e cai. Mais ou menos este é o tipo de abordagem que nós fizemos (PS7).

Claro eu cuido da minha saúde. Se eu não cuidar não adianta nada os remédios. Vou fazendo o que tenho condições de fazer. Pela manhã já organizo o que preciso fazer, tenho tudo anotado, faço minha comida, mas eu gosto de assistir televisão tem um programa que ensina de tudo um pouco sobre a saúde. Aprendo também lendo o jornal, sempre tem dicas de evitar as doenças (PI3).

Uma sistematização conjunta da educação assim não tem, mas, neste sentido, temos um discurso de ver o idoso como sujeito, de passar orientações integradas. Podemos utilizar da cartilha da pessoa idosa, têm alguns cursos do ministério da saúde, o UNA-SUS, que traz também capacitação sobre a pessoa idosa, cursos assim, dá para ser visto também e de pensar como auxílio na questão da educação (PS3).

Para Dias et al. (2017), o cuidado com o idoso envolve toda a rede de atenção, especialmente os serviços sociais e de saúde devem ser acolhidos pela equipe de saúde que também possui como função captá-lo, desenvolver ações e avaliá-lo. É necessário o estabelecimento de vínculo, entre o serviço e o idoso visando à garantia da assistência integral e contínua, englobando a família de forma humanizada, resolutiva, com qualidade e responsabilidade.

Para os autores, é necessário respeitar o espaço domiciliar de modo a preservar os laços afetivos e fortalecer a autoestima, assim, pode-se contribuir para a construção de ambientes mais favoráveis à recuperação da saúde.

Sob este contexto, a dimensão educativa pode ser visualizada como uma aproximação entre necessidade e possibilidade.

6.3 O ENSINO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE E A APRENDIZAGEM DA PESSOA IDOSA NO ATENDIMENTO GERIÁTRICO-GERONTOLÓGICO: UMA APROXIMAÇÃO ENTRE NECESSIDADE E POSSIBILIDADE EDUCATIVA

O ensino dos profissionais de saúde e a aprendizagem da pessoa idosa no atendimento geriátrico-gerontológico aproxima a necessidade e possibilidade educativa ao ampliar as interações e associações da aprendizagem-ensino dos profissionais de saúde, no cuidado em suas práticas, saberes, discursos e ações com um processo que ultrapassa o tecnicismo do atendimento geriátrico-gerontológico, conforme relatam:

Ainda tem muito atendimento geriátrico-gerontológico que atende apenas o domínio técnico e o idoso tem várias demandas. É muito complexo. Então, precisa de vários profissionais atuando em conjunto para poder trabalhar com a situação de saúde do idoso (PS6).

Acho que existe muito tecnicismo e muitos profissionais não querem mudar este olhar. É importante que a gente mude este olhar para que consiga ampliar o nosso horizonte, para conseguir fazer um cuidado mais integral ao idoso e assim para sua educação (PS5).

Eu acho que, de repente, colocar algo mais instituído dentro das instituições de saúde para ter um momento para os profissionais se integrarem, reuniões com discussões de casos, com elaboração de ações em conjunto (PS5).

Não adianta um profissional ir para um lugar, ir lá fazer o trabalho dele, cada um no seu e pronto, porque a lógica do sistema educativo no qual está o idoso tem que funcionar de uma forma que favoreça a intervenção no processo saúde-doença do idoso (PS2).

Segundo Dias et al. (2017), o envelhecimento e o processo saúde/doença possuem causas multifatoriais e estão associados aos determinantes biológicos e socioculturais, às características pessoais, às condições de saúde, às condições de vida e de trabalho, ao acesso à alimentação, à educação, à produção cultural, ao emprego, à habitação, ao saneamento, aos serviços de saúde, bem como às condições socioeconômicas e ambientais dos indivíduos.

Associa-se a este discurso a necessidade da interconexão educativa, no atendimento geriátrico e gerontológico, que otimiza a interdependência da relação de cuidar e educar, no ambiente cotidiano que, embora complexo, promove a longevidade como um processo natural de envelhecimento, por meio da sua sistematização, ao valorizar o potencial da pessoa idosa em aprender:

O idoso é capaz de aprender com as suas limitações, mas ele é capaz. Ele tem condições disto. E eu acho que a gente precisa cada vez mais reforçar para ele e demais pessoas que o idoso é capaz e, com base nisso, ensinar, reforçar e tirar as dúvidas que possam apresentar para enfrentar as dificuldades que o cercam. O idoso ele tem capacidade de melhorar seu bem-estar (PS1).

Eu sempre cuidei da minha saúde, eu bebia muito quando era novo, hoje não chego nem perto de álcool. Se eu seguir tudo o que falam aqui, não saio mais de casa, as ruas estão cheias de buracos, eu gosto de caminhar, posso tropeçar e cair. Daí, já viu né? Se aprende sempre. Eu gostaria de entender por que muitos amigos estão com depressão. A depressão deixa as pessoas de cama, pensando bobagem (PI5).

Nós precisamos salientar a importância que o idoso tem, tanto para os profissionais, quanto para as pessoas que estão ao redor do idoso, da importância que ele tem (PS1).

Precisamos mudar esta visão frente a isto, pois a demanda vai ser maior, precisamos, precisa mudar a visão que se tem sobre o idoso não aprender e facilitar a vida dele (PS1).

Destaca Silva (2009) que os profissionais de saúde exercem um papel importante na manutenção da autonomia do idoso, uma vez que podem estimular o idoso a realizar certas atividades diárias, considerando, claro, o limite imposto pelo processo de envelhecimento.

Segundo os autores, algumas estratégias colaboram na promoção, manutenção ou maximização da autonomia e da independência da população idosa, tais como permitir e incentivar que o idoso realize as tarefas de cuidado pessoal, ao descobrir os pontos fortes a serem estimulados e, assim, aumentar sua chance de participação na assistência, em respeito ao seu espaço pessoal e territorial, com tempo para ouvir a exposição de sentimentos e preocupações.

É importante considerar o arcabouço qualitativo quanto à progressiva associação da importância da dimensão educativa, com conhecimento geriátrico-gerontológico, enquanto pressuposto básico na efetividade da aprendizagem já que coexiste com sua sistematização elaborada pelos próprios participantes do estudo, de acordo com o desejo e com as necessidades de aprender da pessoa idosa, conforme consideram:

Eu acho que, realmente, a gente não tem instrumento construído ainda, mas que, muitas vezes, a gente se utiliza da fala, faz alguma cartilha, escreve para o paciente aquilo que tu estás falando para que ele consiga chegar em casa e lembrar do que se falou, e que consiga aplicar aquilo à sua vida diária (PS4).

Não me perguntam outras coisas além do diabetes, sinto a necessidade de saber mais sobre a perda da urina. Não sei se posso fazer cirurgia. Para

operar não pode ter doença. Eu uso absorvente. Não tomo mais tanto mate antes de sair de casa, porque escapa às vezes mais urina que o normal (PI3).

Creio que não. Eu sei que existem, óbvio, instrumentos que utilizamos para verificar algum déficit cognitivo, neurológico como mini mental, entre outros testes de funcionalidade, onde se verifica a agilidade deste idoso, se ele já está tendo alguma limitação na mobilidade. Mas para verificar o nível de educação não. Assim, enquanto o idoso pode ou não aprender, não (PS7).

Segundo Mallmann et al. (2015), é importante focalizar nas práticas de educação em saúde, a independência, a autonomia e a satisfação da vida dos idosos, e considerar as alterações que ocorrem com o processo de envelhecimento.

Os espaços de educação em saúde são onde se utiliza o diálogo como aspecto fundamental para o alcance da promoção da saúde.

A dimensão educativa no modelo multidimensional é complexa e suas relações, mediações e contradições articulam-se com a complexidade do processo de envelhecimento, relacionado ao comportamento que se modifica com o envelhecer, porém, é estímulo direcionado a aproximação da sua sistematização à reorganização do cuidado, no cotidiano em valorização à essência e à existência da pessoa idosa, relacionado às falas:

Para se elaborar algo integrado aqui, é preciso principalmente dialogar em equipe e compreender, como eu já havia mencionado antes, compreender como ocorre o processo de envelhecimento, porque, se eu não entendo, eu corro o risco de ter algumas exigências em relação a esta pessoa idosa ou mesmo esperar algumas coisas destas pessoas que, possivelmente, eu não tenha (PS3).

Então, há muitos profissionais que estão preparados e muitos não. Estão em diferentes níveis, independente da profissão, inclusive cuidadores que trabalham com pessoas idosas em instituições de longa permanência, por exemplo, eu vejo que há um déficit muito grande. Não somente eles, profissionais de nível superior também (PS3).

A equipe de saúde é capaz de dimensionar a aprendizagem do idoso, eu já vi muitos idosos aprenderem a modificar alguns hábitos e posturas que prejudicam sua saúde. O idoso pode aprender a identificar que é capaz de desenvolver certas coisas que lhe podem parecer impossível. O dialogo contribui para que o idoso aumente sua autoestima e satisfação pessoal, consequentemente ampliando sua qualidade de vida (PS2).

Muitas vezes, os profissionais de saúde possuem dificuldades em ensinar em equipe, com criatividade, principalmente quando se lida com idosos, pois se deve ter mais paciência e calma. A educação assim como o cuidado tem que ser de forma integral, considerando para as suas funções cognitivas, motoras e sociais e a tendência é que busquem o auxílio dos profissionais de saúde para aprender a manter sua saúde íntegra, tendo mais/funcionalidade/potencial ativo para desenvolver atividades que lhes tragam bem-estar e mantenham sua independência (PS1).

Para Mallmann et al. (2015), os profissionais da saúde devem propor ações inovadoras, que atendam os idosos de forma integral, com perspectiva holística, entendendo que quando as ações de educação em saúde são realizadas, promovem o desenvolvimento do conhecimento e a saúde dos idosos envolvidos.

Para os autores, essas ações podem usar diversas metodologias, como apresentaram os estudos analisados: grupos educativos, teatralização e programas educacionais, que podem envolver desde atividades físicas até hábitos alimentares.

Porém, para que a educação em saúde seja realizada conforme preconizada, deve-se trabalhar em conjunto com os idosos, e não depositar neles a responsabilidade pela aquisição de hábitos saudáveis, pois se necessita da integração dos aspectos físico, emocional e social, para que haja a promoção do envelhecimento ativo, conforme os relatos descritos:

Necessita de um desejo dos profissionais. Assim, se um ou dois não sentirem esta necessidade e importância, quebra-se o elo e torna mais difícil trabalhar em equipe. Ao contrário, quando todos estão envolvidos, engajados no cuidado, na atenção à saúde da pessoa idosa, isso flui naturalmente. Mas eu vejo que, em determinados lugares, não se pode contar apenas com o desejo dos profissionais, pois existem algumas falhas, principalmente de gestão. Neste sentido, nem sempre funciona, mas acredito que quando todos possuem a mesma visão e caminham para a mesma direção, tem sim a possibilidade desta articulação (PS5).

Eu acredito que teria validade utilizarmos um instrumento para avaliar o que ensinar o idoso. Se tivéssemos mais tempo, conseguiríamos ver qual paciente que se poderia fazer uma educação, que fosse, digamos, resolutive, ou seja, aqueles que não tenham uma boa resposta neste teste, talvez fosse uma pessoa, que fosse adequada para fazer uma educação, porque não se teria uma resposta e nem adesão dela conciliar as orientações realizadas (PS6).

O ideal seria pelo menos um ponto de referência entre cada um dos cursos que envolve os idosos, porque você tendo uma referência da odonto, enfermagem, nutrição e das demais áreas, você já sabe a quem buscar para então, formar um grupo interdisciplinar. Só que para um grupo realmente se operacionalizar, mais uma vez, voltamos a falar da questão de ter tempo hábil para isto (PS2).

Com uma equipe atuando quem sabe com uma clínica ampliada multiprofissional na atenção integral à saúde do idoso seria perfeito! Você conseguir levar, atender em conjunto, por exemplo, com atrofia muscular, dificuldade com relação à alimentação, cuidados. Descobrir o porquê que, destas alterações ou dificuldades muitas vezes psicológicas ou patológicas e as dificuldades de conhecimento (PS2).

Muitos perdem o cuidado nutricional, cuidados de enfermagem, e cada um dos profissionais tem a sua colaboração, pontualmente vai ter uma percepção, profissionais atuando juntos simultaneamente pode ser até com os rounds de casos clínicos, só que, para isto, temos que ter uma clínica direcionada (PS5).

França et al. (2011) comentam que, na atenção primária, a demanda dos idosos e o atendimento das necessidades afetadas são norteados pela visão biológica, centrada ainda nas queixas de sinais e sintomas de doença e no fornecimento de medicamentos, o que permite inferir que há necessidade de profissionais de saúde, em especial de enfermeiros com capacitação em Gerontologia e Geriatria, como forma de assegurar o princípio da integralidade e contribuir, sobremaneira, com a garantia da qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa, conforme recomenda a política de atenção ao idoso.

A dimensão educativa amplia as interações das dimensões funcionais, clínica, psicossocial e socioambiental na melhoria do atendimento geriátrico-gerontológico ao se constituir na aprendizagem da pessoa idosa, por meio do ensino dos profissionais de saúde, sobretudo quando aproxima necessidade e possibilidade associada à sua sistematização e integrada à equipe interdisciplinar, pois é possível ensinar a pessoa idosa, conforme evidenciado nos discursos de:

Nós temos experiências que vêm de Israel com o conceito de Ortogeriatria, depois na Alemanha, Londres, onde as equipes, que atendem os pacientes geriátricos com fraturas são equipes multidisciplinares: ortopedista, nutricionista, psicólogo, fisioterapeuta, equipe de enfermagem e o médico geriatra. E, com o cuidado e a educação, conseguem evitar algumas situações clínicas como, por exemplo, as quedas e fraturas de colo, troncantéricas e as próprias fraturas de punho de rádio distal, que são fraturas de baixa energia, queda da própria altura que, às vezes o idoso não percebe e a causa foi ter colocado um chinelo frouxo, que desloca para o lado quando ele caminha, e daí tropeça e cai. E um tropeço pode ser fatal para uma fratura de quadril, que debilita a vida dele e ocorre o impacto na morbimortalidade ou, por exemplo, uma fratura de punho que ele perde força (PS7).

Eu acredito que é importante a dimensão educativa aliada às dimensões clínica, funcional, psicossocial e socioambiental, deva ser inserida e considerada no atendimento geriátrico-gerontológico, a partir do levantamento do que o idoso sabe e do que precisa aprender (PS4).

Eu entendo que o estudo é inovador, ao fazermos esta nova dimensão teremos um melhor suporte educacional, na minha opinião é algo único, acredito que vale investir no estudo, pois possui potencial para ter validade, a educação com o idoso em equipe multidisciplinar ainda não é uma realidade, aqui em Santa Maria, mas é possível (PS3).

As aproximações no processo da efetivação da dimensão educativa no modelo multidimensional à saúde do idoso relacionam-se com a disponibilidade de gestão laboral e com as facilidades de ampliar as reais associações da aprendizagem da pessoa idosa no ensino

dos profissionais de saúde, tendo em vista a reorganização do cuidado no cotidiano, em garantia à funcionalidade e à manutenção da ABVD. É o que restou evidenciado nos relatos:

Com o paciente idoso eu não consigo prescrever um medicamento, como, por exemplo, um paracetamol, sem educar, se eu não colocar no papel. Senão ele vai chegar na farmácia e vai ficar na dúvida se o paracetamol era de 500, ou de 750, se ele tinha que comprar 4, 6 ou 8 comprimidos, então, normalmente, o que a gente faz e orienta nossos alunos é que todas as informações que são passadas novas sejam obviamente processuais, como por exemplo: a entrega de prótese, toda questão de cuidado do aparelho que ele está recebendo, seja sempre entregue por escrito, mas isto, não é um folder propriamente dito (PS2).

Já tivemos uma de oitenta com autonomia, dois semestres atrás eu tive uma senhora de 84 anos que veio com a filha de 60 e com a funcionalidade quase melhor do que a filha. A idade não necessariamente corresponde com o nível de funcionalidade ou de dependência demência (PS1).

Eles vêm para o atendimento e muitas vezes é a única atividade do dia. Tivemos um senhor que tinha perdido a esposa não muito tempo e veio para fazer as extrações dos últimos dentes, nunca tinha usado prótese na vida. Tínhamos que instalar prótese total. Para colocar prótese total em um idoso viúvo pela primeira vez é desagradável para ele, devido ao seu quadro psicológico, tem que trabalhar o aspecto educativo relacionado muito com relação à perspectiva do paciente, porque muitas vezes acham que vai poder comer de tudo, que ele vai ficar independente de cuidados, nós temos que ensinar que não é bem assim, preparar ele para a nova situação (PS2).

Acho que seria fácil para a equipe ensinar a forma de, organizada e sistematizada, mas temos que fazer juntos porque muitas vezes haverá uma melhora de qualidade de vida, mesmo com alguma limitação, uma limitação nutricional considerável (PS4).

Tem que ser reforçado o vínculo da equipe com uma relação com proximidade mesmo e também com o idoso e família porque sempre solicito que traga alguém de sua família, um amigo, então já fui surpreendida: - o único amigo que eu tenho é o meu cachorro e o cachorro não pode entrar em instituições. Precisamos fidelizar o nosso público, o nosso paciente e conseguiríamos promover a atenção integral da saúde do idoso (PS5).

Assim, a Tese levantada neste estudo confirmou-se, no enunciado de que os processos de ensino e de aprendizagem da pessoa idosa, pela sua necessidade, efetivam a dimensão educativa, inserindo na avaliação multidimensional a promoção da saúde do idoso. Conforme APÊNDICE, J.

Todavia, ao se ampliar suas interações e associações do atendimento geriátrico efetivo desvela-se como uma possibilidade à qualidade, no cuidado, na reorganização do cotidiano da pessoa idosa.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foi possível identificar como os profissionais de saúde desenvolvem o ensino e ocorre correspondente aprendizagem pela pessoa idosa, em suas relações com o objetivo de aprender a reorganizar o cuidado em saúde no cotidiano. Os participantes da pesquisa, em seus discursos, reconhecem a necessidade do ensino na promoção da saúde da pessoa idosa, todavia, não há efetividade processual interdisciplinar, no que se refere ao seu sentido de auxílio à pessoa idosa aprender novas aprendizagens relacionadas à saúde e à manutenção da independência no cotidiano.

Acredita-se na relevância deste estudo, pois, mediante a relação problematizada e dialética da necessidade e da possibilidade, pode-se obter novas formas de realizar o atendimento geriátrico e gerontológico, inserindo a dimensão educativa e aliando-a às dimensões clínica, psicossocial, socioambiental e funcional.

Ademais, pode-se analisar as mediações do ensino e aprendizagem na reorganização do cuidado no cotidiano da pessoa idosa, em suas contradições com a educação sobre a saúde. Percebe-se que neste processo o ensino dos profissionais de saúde possui condições de interconexão efetiva perante o seu processo dinâmico, para qualificar os saberes da pessoa idosa no seu cuidado em saúde no cotidiano.

Para tal, necessidade, possibilidade e aproximação da sua sistematização deve ser operacionalizada e integrada ao cuidado, junto e com a equipe interdisciplinar e a pessoa idosa deve ser levada em consideração, com a valorização do seu processo singular de envelhecimento, essência e existência.

Ao verificar os componentes, aspectos e elementos inter-relacionais do cuidado com o ensino da pessoa idosa, nota-se a necessidade de repensar a complexidade das aprendizagens da pessoa idosa, ao longo de sua vida em seu cotidiano, pois ensinar é recriar estratégias coletivas, em respeito à autonomia, a práticas, a saberes e a discursos, em comunhão com as diversas áreas do conhecimento geriátrico-gerontológico.

O significado do ensino dos profissionais de saúde na aprendizagem da pessoa idosa, no atendimento geriátrico-gerontológico, é fator constituinte da dimensão educativa, que se alia na avaliação multidimensional, sendo capaz de manutenção da funcionalidade e bem-estar.

Cabe salientar, que os profissionais de saúde assumem socialmente a condição de educadores ao ensinarem a aquisição de novas aprendizagens que integram os valores humanos da pessoa idosa, no seu cotidiano.

Desvelou-se, então, o problema de pesquisa, ao descrever os processos de ensino e de aprendizagem nos discursos dos participantes, por meios dos quais se pode perceber a necessidade da dimensão educativa que não é efetivada, o que a torna uma possibilidade, ou seja, uma realidade possível de ser construída, sendo ambas com relações que as aproximam da sua efetivação.

A tese defendida nesta pesquisa foi configurada ao identificar, verificar, conhecer e analisar como os profissionais de saúde desenvolvem o ensino, na aprendizagem da pessoa idosa, no que diz respeito à reorganização do seu cuidado no cotidiano.

7.1 LIMITAÇÕES

Esta pesquisa mostrou algumas limitações no que se refere à construção da dimensão educativa do modelo multidimensional, para que se pudesse ampliar as interações e as associações do ensino dos profissionais de saúde no cuidado em saúde, já que as iniciativas de sua efetivação deveriam partir dos próprios participantes do estudo.

As questões reflexivas norteadoras da pesquisa foram desveladas e pressupõem a necessidade de novos estudos e em outros cenários do atendimento geriátrico gerontológico, se possa identificar mais necessidades e possibilidades, no processo da efetivação da dimensão educativa.

7.2 SUGESTÕES

Em novas pesquisas há a necessidade de se configurar a aplicabilidade de outros instrumentos, sistematizados em um levantamento de necessidades de aprendizagem da pessoa idosa, elaborado em equipe interdisciplinar, para que o ensino no atendimento geriátrico-gerontológico possa ser mais abrangente.

Além disso, poderia descrever-se mais variáveis que influenciam a aprendizagem de pessoas idosas, quais sejam: níveis de fadiga-energia, memória-percepção sensorial, motivação, prudência-comportamento de risco e o tempo de resposta e suas relações com funcionalidade global para que se possa criar estratégias gerontológicas de ensino, que otimizem a vida cotidiana com ou sem síndromes e agravos associadas ao envelhecimento.

Nesse sentido, reforça-se o desafio de operacionalizar a dimensão educativa nas intervenções no cuidado em saúde da pessoa idosa, na promoção da sua funcionalidade e bem estar.

REFERÊNCIAS

- AMTHAUER, C.; FALK, J. W. Discursos dos profissionais de saúde da família na ótica da assistência à saúde do idoso. **Revista Fundamental Care Online**, v. 9, n. 1, p. 99-105, jan./mar. 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2017.v9i1.99-105>.
- ARANTES, V. A. **Educação e valores**. São Paulo: Summus, 2007.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 3. ed. Lisboa, 2016.
- BASTABLE, S. B. **O Enfermeiro como Educador: princípios de ensino-aprendizagem para a prática de enfermagem**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.
- BOGDAN, R.; BIKLEN, S. **Investigação qualitativa em educação**. Uma introdução a teoria e aos métodos. Porto-PT: Porto Editora, 1994.
- BRANDÃO, A. F. **Estado nutricional e características socioeconômicas e demográficas de idosos institucionalizados na cidade do Rio Grande (RS)**. Rio Grande: Universidade Federal de Rio Grande, RS, 2008.
- BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- _____. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos**. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Brasília, 2012.
- _____. **Seleção de prioridades de pesquisa em saúde: guia PPSUS**. Brasília, DF, 2014a. Disponível em: http://iah.iec.pa.gov.br/iah/fulltext/pc/monografias/ms/selecao_prioridades_pesquisa_saude_ppsus.pdf. Acesso em: 06 de out. 2017.
- _____. Ministério da Saúde. **Agenda nacional de prioridades de pesquisa em saúde**. Brasília, DF, 2014b.
- _____. **Estratégia para promoção do envelhecimento saudável**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.
- CHEPTULIN, A. **A dialética materialista: categorias e leis da dialética**. São Paulo, Alfa – Omega, 1982.
- COOK, X. et al. **Métodos de pesquisa nas relações sociais**. 8. ed. São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária, 1974.
- DELORS, J. **Educação um tesouro a descobrir: Relatório para a UNESCO da Comissão Internacional sobre Educação para o século XXI**. 7. ed. São Paulo: Cortez; Brasília- DF: MEC/UNESCO, 2002.
- DEMO, P. **Introdução à metodologia da ciência**. São Paulo: Atlas, 1994.
- DIAS, F. A. et al. Atenção primária à saúde do idoso: modelo conceitual de enfermagem. **Cogitare Enfermagem** (online), Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2017. Disponível em: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/53224>. Acesso em: 15 jan. 2018.

- DUARTE, C. V.; SANTOS, M. A. “E agora... de quem cuidarei?” O cuidar na percepção de idosas institucionalizadas e não institucionalizadas. **Revista de Psicologia: Ciência e profissão**, v. 24, n. 1, p. 2-13, 2004.
- EGRY, E. Y. **Saúde coletiva: construindo um novo método em enfermagem**. São Paulo: Ícone, 1996.
- FORTES, P. A. C. **Ética e saúde: questões éticas, deontológicas e legais, tomadas de decisões – autonomia e direito do paciente–estudos de casos**. São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária, 1998.
- FRANÇA, I. S. X. et al. Condições referidas de saúde e grau de incapacidade funcional em idosos. **Revista Rene**, Fortaleza, v. 12, n. 2, p. 333-341, abr./jun. 2011.
- FRIED, L. et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. **The journals of gerontology. Series A, Biological Sciences and Medical Sciences**, Washington, v. 56, n. 3, p. 146-156, 2001.
- GADOTTI, M. **Concepção dialética da educação: um estudo introdutório**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 1983.
- GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo, Atlas, 2010.
- GOLDIN, R. J. **Princípio do Respeito à Pessoa ou da Autonomia**. 2004. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/bioetica/autonomi.htm>. Acesso em: 31 jan. 2017
- GORDAN, A. L.; MASUD, T.; GLADMAN, J. R. F. Now that we have a definition for physical frailty, what shape should medicine take? **Age and Aging**, v. 43, p. 8-9, 2013.
- HAGUETTE, T. M. F. **Metodologias qualitativas na sociologia**. 3. ed. Petrópolis-RJ: Vozes, 1992.
- IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Mudança demográfica no Brasil no início do século XXI: subsídios para as projeções da população**. Rio de Janeiro: 2015.
- KATZ, S. Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. **JAMA**, v. 185, p. 914-919, 1963.
- KONSTANTINOV, F. et al. **Fundamentos filosóficos marxista lenista**. Moscou, Progresso, 1982.
- LAWTON, M. P.; BRODY, M. H. Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living. **The Gerontologist**, v. 9, n. 3, p.179-186, 1969.
- LIMA, C. T. A.; MEDEIROS, F. K. N.; LIMA, J. L. A. Gerontologia social e direitos humanos da pessoa idosa: o bem-estar da terceira idade se dá através da dignidade. **Âmbito Jurídico**, Rio Grande, XV, n. 98, fev. 2012.
- LUCENA, A. L. R. de et al. Ensinando e aprendendo com idosos: relato de experiência. **Revista de Pesquisa de Cuidados Fundamentais (Online)**, v. 8, n. 2, p. 4131-4141, 2016.

LÜDKE, M.; ANDRÉ, M. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 1986.

MALLMANN, D. G. et al. Educação em saúde como principal alternativa para promover a saúde do idoso. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 6, p. 1763-1772, 2015.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos da Metodologia Científica**. 5. ed. São Paulo: Atlas S.A, 2003.

MARPEAU, J. **O processo educativo: A construção da pessoa como sujeito responsável por seus atos**. Porto Alegre: ArtMED, 2002.

MELNYK, B. M.; FINEOUT-OVERHOLT, E. **Evidencebased practice in nursing & healthcare**. A guide to best practice. Philadelphia: Lippincot Williams & Wilkins, p. 3-24, 2005.

MINAYO, M. C. S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Revista Ciência e Saúde Coletiva** [online], v. 17, n. 3, p. 621-626, 2012.

MINAYO, M. C. S. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. **Revista Pesquisa Qualitativa**, São Paulo-SP, v. 5, n. 7, p. 1-12, abr. 2017.

MIRANDA, A. C. C. et al. Avaliação da presença de cuidador familiar de idosos com déficits cognitivo e funcional residentes em Belo Horizonte-MG. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 141-150, 2015.

MORAES, E. N. **Princípios básicos em Geriatria e Gerontologia**. Cidade: Belo Horizonte Coopmed, 2009.

_____. **Atenção à saúde do Idoso: Aspectos Conceituais**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

_____. Como preparar o sistema de saúde brasileiro para enfrentar o envelhecimento, tendo em vista a mudança do perfil demográfico. **Revista Consensus**, v. 10, p. 40-45, 2014.

MORAES, E. N.; MORAES, F. L. **Coleção Guia de Bolso em Geriatria e Gerontologia: Avaliação multidimensional do Idoso**. 5. ed. Belo Horizonte: Folium, 2016.

MOSQUERA, J. J. M.; STOBÄUS, C. D. Auto-imagem, auto-estima e auto-realização: qualidade de vida na universidade. **Psicologia, saúde & doenças**, v. 7, n. 1, p. 83-88, 2006.

NICOLATO, F. V.; COUTO, A. M.; DE CASTRO, E. A. B. Capacidade de autocuidado de idosos atendidos pela consulta de enfermagem na atenção secundária à saúde. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, v. 6, n. 2, p. 2199-2211, 2016.

NIETSCHE, E. **Tecnologia emancipatória: possibilidades ou impossibilidade para a práxis de enfermagem?** Ijuí: UNIJUI, 2000.

OMS. Organização Mundial de Saúde. **CIF- Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde**. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2003.

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. **Plan de acción sobre la salud de las personas mayores incluido el envejecimiento activo y saludable**. Washington: OPAS, 2009.

POTTER, P. A.; PERRY, A. G. **Fundamentos de Enfermagem**. 8. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2015.

RAMOS, L. R. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Ediposo. **Cadernos de Saúde Pública**, São Paulo, v. 19, p. 793-798, 2003.

REGA, P. A **model a aproch for patient education**. 1993.

RETICENA, K. de O. et al. Percepção de idosos acerca das atividades desenvolvidas no hiperdia. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 19, n. 2, p. 107-119, 2015.

REY, F. **Pesquisa qualitativa e subjetividade: o processo de construção da informação**. São Paulo: Pioneira, 2005.

RICHARDSON, R. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. 3. ed. rev e ampl. São Paulo: Atlas, 2013.

ROCKWOOD, K. et al. **A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people**. 2005.

RODRIGUES, N. C.; RAUTH, J.; TERRA, N. L. **Gerontologia social: para leigos**. 2. ed. rev. e atual. Porto Alegre: EdiPUCRS, 2010.

ROTHER, E. T. Revisão sistemática x revisão narrativa. **Revista Acta Paulista de Enfermagem**, v. 20, n. 2, p. 5-6, abr./jun. 2007.

SACRISTÁN, J. G. et al. **Educar por competências: o que há de novo?** Porto Alegre: ArtMED, 2011.

SILVA, J. V. **Saúde do Idoso: processo de envelhecimento sob múltiplos aspectos**. São Paulo: Iátria, 2009.

SPIRDUSO, W. W. **Dimensões físicas do envelhecimento**. São Paulo: Manole, 2005.

STOBÄUS, C. D.; MOSQUERA, J. J. M. (Orgs.). **Educação e inclusão: perspectivas desafiadoras**. Porto Alegre: EdiPUCRS, 2017.

STOBÄUS, C. D. et al. Educational Elements for Healthy Aging. **Creative Education**, v. 9, p. 1854-1871, 2018.

APÊNDICE A – Entrevista Semiestruturada - profissionais de saúde



O presente instrumento é parte da pesquisa **OS PROCESSOS DE ENSINO E APRENDIZAGEM: A DIMENSÃO EDUCATIVA NA PROMOÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE DA PESSOA IDOSA**

Autor: Doutoranda Maria Helena Gehlen

Orientador: Prof. Dr. Claus Dieter Stobäus

- Como se desenvolve o ensino e a consequente aprendizagem na relação com a pessoa idosa?
- Como se desenvolve o cuidado à pessoa idosa?
- Quais componentes, aspectos e elementos estão inter-relacionados na promoção do cuidado e do ensino e das aprendizagens na relação com a pessoa idosa?
- Qual o significado do ensino e de aprendizagem para a reorganização do cuidado no cotidiano?
- Você utiliza alguma sistematização ou instrumento para ensinar a pessoa idosa? Explique.

APÊNDICE B – Entrevista Semiestruturada - pessoa idosa



O presente instrumento é parte da pesquisa: **OS PROCESSOS DE ENSINO E APRENDIZAGEM: A DIMENSÃO EDUCATIVA NA PROMOÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE DA PESSOA IDOSA**

Autor: Doutoranda Maria Helena Gehlen

Orientador: Prof. Dr. Claus Dieter Stobäus

- Como você cuida de sua saúde?
- Como e com quem aprendeu a cuidar da sua saúde?
- Como os profissionais de saúde ensinam você a cuidar da saúde?
- Fale sobre o seu cotidiano?
- O que você considera ser importante para viver melhor em seu cotidiano?

APÊNDICE C – Observação Participante - roteiro de registro diário de campo



O presente instrumento é parte do projeto de pesquisa: **OS PROCESSOS DE ENSINO E APRENDIZAGEM: A DIMENSÃO EDUCATIVA NA PROMOÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE DA PESSOA IDOSA**

Autor: Doutoranda Maria Helena Gehlen

Orientador: Prof. Dr. Claus Dieter Stobäus

- Expressões, impressões do ambiente.
- Descrição do cenário de aprendizagem.
- Comunicação verbal e não verbal entre os participantes.

APÊNDICE D – Ofício de Autorização Institucional

Porto Alegre, 25 de Maio de 2017.

Ao Comitê de Ética e Pesquisa da PUCRS

Prezados Senhores:

Declaro que tenho conhecimento e autorizo a realização do projeto de Pesquisa intitulado "APRENDIZAGEM DA PESSOA IDOSA NA REORGANIZAÇÃO DO SEU CUIDADO NO COTIDIANO" proposto pelo(s) pesquisador(es) Prof. Dr. Claus Dieter Stobaus e Doutoranda Maria Helena Gehlen.

O referido projeto será realizado no(a) Laboratório de prática de enfermagem do Centro Universitário Franciscano, localizado no município de Santa Maria, no interior do Rio Grande do Sul, e só poderá ocorrer a partir da apresentação da carta de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS.

Atenciosamente,



Prof. Dra. Carla Lizandra Ferreira
Coordenadora do Curso de Graduação em
Enfermagem

CENTRO UNIVERSITÁRIO FRANCISCANO
Secretaria dos Coordenadores
Rua Silva Jardim, 1175
CEP 97010-491 - Santa Maria

APÊNDICE E – Termo de Confidencialidade



Título do projeto: OS PROCESSOS DE ENSINO E APRENDIZAGEM: A DIMENSÃO EDUCATIVA NA PROMOÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE DA PESSOA IDOSA

Pesquisador responsável: Maria Helena Gehlen

Orientador: Prof. Dr. Claus Dieter Stobäus

Instituição de origem do pesquisador: PUCRS

Curso: Telefone para contato: (55) 99229092

Local da Coleta de dados: Laboratório de Prática de Enfermagem

Registro no CEPPUCRS

O (s) pesquisador (es) do projeto acima identificado (s) assume (m) o compromisso de:

- I. Preservar o sigilo e a privacidade dos participantes, cujos dados dos procedimentos metodológicos serão estudados;
- II. Assegurar que as informações serão utilizadas, única e exclusivamente para a execução do projeto em questão;
- III. Assegurar que os resultados da pesquisa somente serão divulgados de forma anônima, não sendo usadas iniciais ou quaisquer outras indicações que possam identificar o sujeito da pesquisa.

O(s) Pesquisador(es) declara(m) ter conhecimento de que as informações pertinentes às técnicas do projeto de pesquisa somente podem ser acessadas por aqueles que assinaram o Termo de Confidencialidade, excetuando-se os casos em que a quebra de confidencialidade é inerente à atividade ou em que a informação e/ou documentação já for de domínio público.

Porto Alegre, de de 2017.

Assinatura Pesquisador

Nome: Maria Helena Gehlen

APÊNDICE F – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)



Eu, Maria Helena Gehlen, sob a orientação do meu orientador Prof. Dr. Claus Dieter Stobäus, responsáveis pela pesquisa: **OS PROCESSOS DE ENSINO E APRENDIZAGEM: A DIMENSÃO EDUCATIVA NA PROMOÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE DA PESSOA IDOSA**, estou fazendo um convite para você participar como voluntário nesse estudo.

Esta pesquisa pretende analisar os processos de ensino e aprendizagem desenvolvidos por profissionais de saúde com idosos na perspectiva multidimensional na promoção do cuidado em saúde. Analisar as mediações do ensino na aprendizagem do cuidado no cotidiano em saúde da pessoa idosa, em suas contradições com a educação sobre a saúde promovida pelos profissionais de saúde. Verificar componentes, aspectos, elementos inter-relacionais do cuidado com o ensino à pessoa idosa. Conhecer o significado da aprendizagem na promoção do cuidado em saúde na perspectiva da pessoa idosa. Conhecer como são realizados os processos de ensino e aprendizagem na promoção do cuidado em saúde da pessoa idosa na perspectiva de profissionais de saúde. Avaliar as facilidades/dificuldades do processo de implementação da dimensão educativa, na perspectiva da avaliação multidimensional, ao possibilitar ampliar as interações e as associações do ensino e aprendizagem, com vistas à promoção do cuidado, em saúde da pessoa idosa.

Acredita-se na importância desta tese visto que ela se encontra ancorada como uma prioridade de pesquisa nacional, segundo a Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde (ANPPS) da portaria nº 137, de Janeiro de 2014, sob a forma de Redes Nacionais de Pesquisa em Saúde (RNPS), perante o desenvolvimento científico como uma possibilidade de estimular o envelhecimento ativo, amenizar, atenuar ou reverter as consequências da doença na vida cotidiana da pessoa idosa (BRASIL,2014).

Quanto à relevância social, a presente pesquisa poderá contribuir com estratégias de aprendizagem para fomentar uma nova dimensão, a educativa, na avaliação multidimensional no processo assistencial de cuidado, sem dicotomia, em auxílio à diminuição das hospitalizações, afastamento social, aposentadorias precoces, morbidades e mortalidades.

Para sua realização será feito o seguinte: uma entrevista semiestruturada e observação participante. O roteiro da entrevista abrange vários indicadores essenciais, contemplados por

questões norteadoras. Os dados serão gravados, transcritos e retornados na forma escrita, ou, por meio da leitura aos participantes do estudo para validação das informações da pesquisa.

A observação do participante será realizada durante o atendimento à pessoa idosa. As informações colhidas por meio dessa técnica serão minuciosamente registradas em um diário de campo do pesquisador com a finalidade de realizar uma investigação científica para configurar as expressões do discurso do conteúdo, das mensagens e da ação.

Sua participação constará de participação voluntária. É possível que aconteça o seguinte risco: sentimento de desconforto.

Os benefícios esperados com o estudo são que esta pesquisa poderá acarretar benefício direto aos participantes por terem a possibilidade de participação ativa em todo o processo. Assim, tais benefícios possuem relevância social, científica e humana.

Em caso de algum problema relacionado com a pesquisa você terá direito à assistência gratuita que será prestada pelo encaminhamento ao serviço de psicologia do centro Universitário Franciscano.

Você tem garantido o seu direito de não aceitar participar ou de retirar sua permissão, a qualquer momento, sem nenhum tipo de prejuízo ou retaliação pela sua decisão utilizando-se da comunicação verbal, em qualquer etapa da pesquisa, pessoalmente, por telefone ou por carta. Se por algum motivo você tiver despesas decorrentes da sua participação neste estudo com transporte e/ou alimentação, você será reembolsado adequadamente pelos pesquisadores.

As informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos participantes, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre sua participação. Além disso, você tem o direito de pedir uma indenização por qualquer dano que resulte da sua participação no estudo.

Ao término deste estudo serão divulgados os resultados da pesquisa através de artigos publicados em revistas e participações em eventos na forma de pôster e tema livre. Fica assegurado o comprometimento de utilizar os materiais e os dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo da pesquisa, bem como de publicar os resultados, sejam eles favoráveis ou não.

Declara-se, ainda, que não há conflitos de interesses entre pesquisador e participantes da pesquisa e que se aceitam as responsabilidades pela condução científica do projeto em questão. Ademais, resta declarado que, durante todo o período da pesquisa, você tem o direito de esclarecer qualquer dúvida ou pedir qualquer outro esclarecimento, bastando para isso

entrar em contato com Prof. Dr. Claus Dieter Stobäus no telefone 05199872023 a qualquer hora, pois se responsabiliza por todos os procedimentos envolvidos na pesquisa em cumprimento integral da resolução 466/12 que rege as pesquisas com seres humanos (BRASIL,2012).

Caso você tenha qualquer dúvida quanto aos seus direitos como participante de pesquisa, entre em contato com Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (CEP-PUCRS) em (51) 33203345, Av. Ipiranga, 6681/prédio 50, sala 703, CEP: 90619-900, Bairro Partenon, Porto Alegre – RS, e-mail: cep@pucls.br, de segunda a sexta-feira, das 8h às 12h e das 13h30 às 17h. O Comitê de Ética é um órgão independente constituído de profissionais das diferentes áreas do conhecimento e membros da comunidade. Sua responsabilidade é garantir a proteção dos direitos, a segurança e o bem-estar dos participantes por meio da revisão e da aprovação do estudo, entre outras ações.

Ao assinar este termo de consentimento, você não abre mão de nenhum direito legal que teria de outra forma.

Não assine este termo de consentimento a menos que tenha tido a oportunidade de fazer perguntas e tenha recebido respostas satisfatórias para todas as suas dúvidas.

Se você concordar em participar deste estudo, você rubricará todas as páginas e assinará e datará duas vias originais deste termo de consentimento. Você receberá uma das vias para seus registros e a outra será arquivada pelo responsável pelo estudo.

Eu,, após a leitura ou escuta da leitura deste documento e após ter tido a oportunidade de conversar com o pesquisador responsável para esclarecer todas as minhas dúvidas, acredito estar suficientemente informado, ficando claro para mim que minha participação é voluntária e que posso retirar este consentimento a qualquer momento, sem penalidades ou perda de qualquer benefício. Estou ciente também dos objetivos da pesquisa, dos procedimentos aos quais serei submetido, dos possíveis danos ou riscos deles provenientes e da garantia de confidencialidade e esclarecimentos sempre que desejar.

Diante do exposto expresse minha concordância de espontânea vontade em participar deste estudo.

Assinatura do participante da pesquisa ou de seu representante legal

Assinatura de uma testemunha

Obs.: O presente documento, em conformidade com a Resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, será assinado em duas vias de igual teor, ficando uma via em poder do participante e a outra em poder do autor deste projeto.

Contato Comitê de Ética

Av. Ipiranga 6681, Prédio 50 - Sala 703
Porto Alegre/RS - Brasil - CEP 90619-900
Telefone: Fone/Fax: (51) 3320.3345
E-mail: cep@pucls.br

APÊNDICE G – Termo de Encaminhamento Psicológico



Título do projeto: OS PROCESSOS DE ENSINO E APRENDIZAGEM: A DIMENSÃO EDUCATIVA NA PROMOÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE DA PESSOA IDOSA

Pesquisador responsável: Maria Helena Gehlen
Orientador: Prof. Dr. Claus Dieter Stobäus

Registro no CEP/PUCRS:

Encaminhamento para o serviço de psicologia do Centro Universitário Franciscano da pesquisa intitulada: **OS PROCESSOS DE ENSINO E DE APRENDIZAGEM DESENVOLVIDOS PELOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NA REORGANIZAÇÃO DO CUIDADO COTIDIANO EM SAÚDE DA PESSOA IDOSA**

Contato Comitê de ética

Av. Ipiranga 6681, Prédio 50 - Sala 703
Porto Alegre/RS - Brasil - CEP 90619-900
Telefone: Fone/Fax: (51) 3320.3345
E-mail: cep@pucrs.br

APÊNDICE H – Parecer Consubstanciado do CEP

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE
CATÓLICA DO RIO GRANDE
DO SUL - PUC/RS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: APRENDIZAGEM DA PESSOA IDOSA NA REORGANIZAÇÃO DO SEU CUIDADO NO COTIDIANO

Pesquisador: claus dieter stobaus

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 69192117.0.0000.5336

Instituição Proponente: UNIAO BRASILEIRA DE EDUCACAO E ASSISTENCIA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.202.003

Apresentação do Projeto:

O estudo tem o objetivo geral identificar, como os profissionais de saúde desenvolvem a aprendizagem, a pessoa idosa em suas relações, com escopo de ensinar a reorganização do cuidado, no cotidiano. Trata-se de um estudo do tipo descritivo exploratório, qualitativo, sob a abordagem do materialismo histórico e dialético. Será realizado no laboratório de prática de enfermagem, do Centro Universitário Franciscano, localizado no município de Santa Maria, no interior do Rio Grande do Sul. O referido laboratório integra o ensino, da graduação em Enfermagem, residência interdisciplinar de reabilitação física, ao cuidado, a pessoa idosa. Farão parte deste estudo, os profissionais de saúde e as pessoas idosas. Os dados serão obtidos, por meio da técnica de entrevista semiestruturada e observação participante, sendo analisados conforme a análise do conteúdo. Será respeitada a Resolução 466/2012. O projeto será encaminhado aos Comitês de Ética em Pesquisa competentes. Esta pesquisa se mostra relevante, pois poderá contribuir, para efetivar a dimensão educativa na avaliação multidimensional da pessoa idosa, ao construir estratégias

Endereço: Av. Ipiranga, 6681, prédio 50, sala 703

Bairro: Partenon

CEP: 90.619-900

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3320-3345

Fax: (51)3320-3345

E-mail: cep@pucrs.br

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE
CATÓLICA DO RIO GRANDE
DO SUL - PUC/RS



Continuação do Parecer: 2.202.003

de aprendizagem, em auxílio a reorganização do cuidado, no cotidiano, diminuição das hospitalizações, afastamento social, aposentadorias precoces, morbidades e mortalidades.

O estudo tem o objetivo geral identificar, como os profissionais de saúde desenvolvem a aprendizagem, a pessoa idosa em suas relações, com

escopo de ensinar a reorganização do cuidado, no cotidiano. Trata-se de um estudo do tipo descritivo exploratório, qualitativo, sob a abordagem do

materialismo histórico e dialético. Será realizado no laboratório de prática de enfermagem, do Centro Universitário Franciscano, localizado no

município de Santa Maria, no interior do Rio Grande do Sul. O referido laboratório integra o ensino, da graduação em Enfermagem, residência

interdisciplinar de reabilitação física, ao cuidado, a pessoa idosa. Farão parte deste estudo, os profissionais de saúde e as pessoas idosas. Os

dados serão obtidos, por meio da técnica de entrevista semiestruturada e observação participante, sendo analisados conforme a análise do

conteúdo. Será respeitada a Resolução 466/2012. O projeto será encaminhado aos Comitês de Ética em Pesquisa competentes. Esta pesquisa se

mostra relevante, pois poderá contribuir, para efetivar a dimensão educativa na avaliação multidimensional da pessoa idosa, ao construir estratégias

de aprendizagem, em auxílio a reorganização do cuidado, no cotidiano, diminuição das hospitalizações, afastamento social, aposentadorias

precoces, morbidades e mortalidades.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Identificar como os profissionais de saúde desenvolvem a aprendizagem a pessoa idosa em suas relações com escopo de aprender a

reorganização do seu cuidado no cotidiano.

Objetivo Secundário:

-Analisar as mediações da aprendizagem na reorganização do cuidado no cotidiano da pessoa idosa em suas contradições com a educação

sobre a saúde promovida pelos profissionais de saúde

-Verificar os componentes, aspectos, elementos inter-relacionais do cuidado com a aprendizagem a pessoa idosa;

Endereço: Av. Ipiranga, 6681, prédio 50, sala 703

Bairro: Partenon

CEP: 90.619-900

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3320-3345

Fax: (51)3320-3345

E-mail: cep@pucrs.br

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE
CATÓLICA DO RIO GRANDE
DO SUL - PUC/RS



Continuação do Parecer: 2.202.003

- Conhecer o significado da aprendizagem na reorganização do cuidado no cotidiano na perspectiva da pessoa idosa;
- Conhecer como é realizada a aprendizagem na reorganização do cuidado no cotidiano da pessoa idosa na perspectiva de profissionais de saúde;
- Construir e implementar a dimensão educativa, na avaliação multidimensional, como possibilidade de ampliar as interações e associações da aprendizagem, no cuidado na reorganização do cotidiano da pessoa idosa;
- Avaliar as facilidades/dificuldades do processo de implementação da dimensão educativa, na avaliação multidimensional, que possibilitara ampliar as interações e associações da aprendizagem, com vistas à reorganização do cuidado, no cotidiano da pessoa idosa.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

mínimos, serão utilizados questionários, entrevistas e observações

Benefícios:

divulgação dos resultados em eventos científicos

retorno aos pesquisados

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa clinicamente relevante

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta todo os termos de apresentação obrigatória

Recomendações:

Aprovar

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do exposto, o CEP-PUCRS, de acordo com suas atribuições definidas na Resolução CNS n° 466 de 2012 e da Norma Operacional n° 001 de 2013 do CNS, manifesta-se pela aprovação do projeto de pesquisa proposto.

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o CEP-PUCRS, de acordo com suas atribuições definidas na Resolução CNS n° 466 de 2012 e da Norma Operacional n° 001 de 2013 do CNS, manifesta-se pela aprovação do

Endereço: Av. Ipiranga, 6681, prédio 50, sala 703
Bairro: Partenon **CEP:** 90.619-900
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3320-3345 **Fax:** (51)3320-3345 **E-mail:** cep@puccrs.br

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE
CATÓLICA DO RIO GRANDE
DO SUL - PUC/RS



Continuação do Parecer: 2.202.003

projeto de pesquisa proposto.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_878574.pdf	25/07/2017 13:38:58		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo.pdf	25/07/2017 13:38:31	claus dieter stobaus	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_revisto.pdf	25/07/2017 13:34:28	claus dieter stobaus	Aceito
Cronograma	novo_cronograma.pdf	25/07/2017 13:32:22	claus dieter stobaus	Aceito
Outros	cartaRespostaPendencias.pdf	25/07/2017 13:32:07	claus dieter stobaus	Aceito
Folha de Rosto	folhaderostoassinada.pdf	12/06/2017 15:22:38	claus dieter stobaus	Aceito
Outros	carta_autores.pdf	31/05/2017 14:50:36	claus dieter stobaus	Aceito
Outros	cartaunifra.pdf	31/05/2017 14:46:56	claus dieter stobaus	Aceito
Outros	CARTA.pdf	18/05/2017 12:42:35	claus dieter stobaus	Aceito
Outros	lattes.pdf	08/03/2017 17:38:10	claus dieter stobaus	Aceito
Outros	autorizacao_unifra.pdf	08/03/2017 17:34:40	claus dieter stobaus	Aceito
Cronograma	cronograma.pdf	08/03/2017 17:31:45	claus dieter stobaus	Aceito
Orçamento	orcamento.pdf	08/03/2017 17:30:41	claus dieter stobaus	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	DocumentoUnificadodoProjetodePesquisa_1488956736278.pdf	08/03/2017 17:29:39	claus dieter stobaus	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Av. Ipiranga, 6681, prédio 50, sala 703
Bairro: Partenon **CEP:** 90.619-900
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3320-3345 **Fax:** (51)3320-3345 **E-mail:** cep@puccs.br

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE
CATÓLICA DO RIO GRANDE
DO SUL - PUC/RS



Continuação do Parecer: 2.202.003

PORTO ALEGRE, 04 de Agosto de 2017

Assinado por:
Denise Cantarelli Machado
(Coordenador)

Endereço: Av. Ipiranga, 6681, prédio 50, sala 703
Bairro: Partenon **CEP:** 90.619-900
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3320-3345 **Fax:** (51)3320-3345 **E-mail:** cep@pucrs.br

APÊNDICE I – Artigo “Integrative review about learning of the elderly person in health care promotion”



Creative Education, 2019, 10, 308-318

<http://www.scirp.org/journal/ce>

ISSN Online: 2151-4771

ISSN Print: 2151-4755

Integrative Review about Learning of the Elderly Person in Health Care Promotion

Maria Helena Gehlen¹, Claus Dieter Stobäus²

¹Postgraduate Program in Biomedical Gerontology, Pontifical Catholic University of Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brazil

²Postgraduate Program in Education and in Biomedical Gerontology, Pontifical Catholic University of Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brazil

Email: stobaus@pucrs.br

How to cite this paper: Gehlen, M. H., & Stobäus, C. D. (2019). Integrative Review about Learning of the Elderly Person in Health Care Promotion. *Creative Education*, 10, 308-318.
<https://doi.org/10.4236/ce.2019.102025>

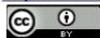
Received: January 8, 2019

Accepted: February 17, 2019

Published: February 20, 2019

Copyright © 2019 by author(s) and Scientific Research Publishing Inc. This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY 4.0).

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



Open Access

Abstract

Human aging is a complex and global phenomenon. It is necessary to care for and educate both those who teach (professionals, caregivers) and those who are (self)educated in order to maintain their vitality, functionality and independence, according to their care needs, in their daily life. In this study we aimed to know the scientific productions that work themes related to about how the elderly use learning strategies to learn how to take care of their own health. For this purpose, an Integrative Review of Literature was carried out, consisting of the following steps: identification of the problem or guiding question, establishment of descriptors, temporal cut-off, sampling search in the literature, data collection, analysis of included studies, results and discussion of content synthesis. From the synthesis of the content of the articles, it was possible to carry out the analysis of the productions and to construct a thematic axis as a guide for discussion, considering that, in order to occur learning, it is necessary to value the dialogue, the knowledge, the exchange of experiences and information with the elderly, making it possible to consolidate a process of critical, meaningful and emancipatory teaching, as a way of empowering autonomy, independence for self-care, and self-control of health and maintenance of functional and participatory capacity.

Keywords

Learning, Teaching, Elderly, Integrative Review, Health Care

1. Introduction

The present work is a result of debates of ideas among the authors, in the search for a Reference for Gehlens' Doctoral Thesis, as thematic on “the processes of teaching and learning: the educational dimension in the promotion of the health

care of the old person”, in the Postgraduate Program in Biomedical Gerontology of the Faculty of Medicine of PUCRS, in Porto Alegre—RS, Brazil.

Human aging is a global and complex phenomenon, for which there are necessary to have public policies, preparation of the society and for schools and universities to invest more in the preparation of the citizens to more understanding and pay more attention to human development and many aspects involved on it. According to the Pan American Health Organization, individual aging is a sequential, cumulative, irreversible, universal and non-pathological process of deterioration of the mature organism. This process, a characteristic of all members of the species, occurs in such a way that time makes the organism less able to cope with the stress of the environment and thus increases the possibility of death, according to OPAS/PAHO (2009).

The Brazilian Institute of Geography and Statistics (Brasil, IBGE, 2015) considers the population growth of the elderly in Brazil as one of the largest in the world, and by the year 2022 there will be 1.0 million elderly people.

In this sense, population aging is considered a public health problem, especially when longevity correlates with institutionalization or with chronic and chronic diseases that promote social remoteness and increase hospital admissions, morbidities and mortality (Brasil, Ministério da Saúde, 2017).

In this sense, it is necessary to care for and educate the elderly in maintaining their vitality, functionality and independence, according to their daily care and learning needs.

2. Theoretical Reference

Geography and Statistics (Brasil, IBGE, 2015) considers the population growth of the elderly in Brazil as one of the largest in the world, and by the year 2022 there will be 1.0 million elderly people. In this sense, population aging is now considered a public health problem, especially when longevity correlates with institutionalization or with chronic and chronic diseases that promote social remoteness and increase hospital admissions, morbidities and mortality (Brasil, Ministério da Saúde, 2017).

The longevity in institutionalization, especially in a long-term institution or in a hospital, causes changes in the daily life of the elderly person, since it makes them dependent on health care due to the fragility that comes from the loss of functionality, which also compromises the desire to learn how to provide care about their daily health.

According to Moraes (2012), from the index proposed by Katz in 1963, it was possible to stratify the individuals according to the degree of dependence in daily life activities (ADL) related to self-care.

According to this index, the elderly were classified as independent and dependent on ADL, both of which present complexities related to culture and learning, with the need for geriatric-gerontological follow-up.

According to Moraes (2009), aging without any chronic disease is more an

exception than a rule, and individuals with the same clinical diagnosis may have different functional capacity from one another. The importance of caring and educating for the maintenance of functionality and well-being in the elderly person's life is highlighted, since they are complementary and configure their autonomy, as well as the capacity to make decisions and to have command over actions, in order to establish and follow their own convictions.

With regard to independence, the above-mentioned author understands it as the capacity to do something with one's own means and as the capacity to take care of oneself and of one's own life. However, although there is a relational interconnection between the concepts of "independence" and "autonomy", they are not synonyms, but have different meanings.

That is, people with physical dependence are able to elect activities; others have the physical conditions to perform certain daily tasks, but they do not have the decision to perform them. In this sense, the loss of independence is not always associated with the loss of autonomy, since an elderly person with loss of the ability to wander can learn to manage their life with autonomy and social participation.

It should be emphasized that independence and autonomy are closely related to the integrated and harmonious functioning of the systems of cognition, humor, behavior, mobility and communication. For this reason, Ramos (2003) and Moraes (2012) consider functionality as the basis of the overall concept of health promotion of the elderly, while functional decline is understood as the loss of autonomy and/or independence, by restricting the social participation of the individual.

Moraes & Moraes (2016) mention that impairment of functional systems and/or geriatric syndromes in the daily life of the elderly, such as cognitive impairment, postural instability, immobility, sphincter incontinence, communicative incapacity, family insufficiency and iatrogenesis cause loss of independence and autonomy and, consequently, generate the need for long-term care, with a differentiated management performed by health professionals or family/caregivers, as well as generating the need for health education.

Elderly health education in the aging process assists in the readjustment of daily life activities (ADLs), instrumental activities of daily living (AIVDs) and advanced activities of daily living (AAVD). The AIVDs relate to the condition of performing tasks necessary for home care or domestic activities, while the AAVDs refer to productive, recreational and social activities (Moraes & Moraes, 2016).

In this scenario, the aging process of the individual is not synonymous with incapacity and dependence, but with greater vulnerability, and the World Health Organization (OMS, 2016), in its Ager-friendly program, emphasizes that countries must have an effective system health care, protection, care, maintenance and promotion of health education through prevention, treatment, rehabilitation of diseases and social reintegration, in order to meet the individual needs of the

aging population.

In addition to ensuring infrastructure, countries must provide and develop adequate financial and environmental conditions in support of active aging, which is not restricted to participation in physical activity programs or integration of the workforce, but also includes the continued participation of the person elderly in social, educational, spiritual, cultural and civil matters.

The need to learn the elderly in the geriatric-gerontological care is therefore perceived, since caring and educating are interconnected processes and, when neglected, trigger successive iatrogenies, especially if coupled with family insufficiency, characterized by lack of financial, intellectual and organizational aspects of the family in promoting the daily life care of the elderly.

With these considerations, the research question is presented: what scientific productions evidence the learning of the elderly with regard to the care of their health in a qualitative way (Minayo, 2012)?

3. Method and Materials

Rother (2007) proposed the construction of an integrative literature review, related to the object of the study, consisting of the following steps: identification of the problem or guiding question, establishment of descriptors, temporal clipping, search of the sample in the literature and data collection, analysis of included studies, results and discussion of content synthesis.

In order to do so, the articles published and indexed in the Virtual Health Library (VHL), electronic databases of the Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences (LILACS), Nursing Database (BDENF) and in the Medical Literature Analysis and Retrieve System Online (MEDLINE). The descriptors were established and classified in Health Sciences (DeCS) and refined using the Boolean operator “and”.

Regarding the evaluation of the level of evidence, the studies were classified according to the definition of Melnyk & Fineout-Overholt (2005) as level V. The temporal cut of the articles was from 2000 to October 2018, considering those published in Portuguese, Spanish and English. The strategy used to identify the articles can be seen in Figure 1, represented by the sample selection flowchart.

Thus, we obtained the amount of 13 findings to compose the study analysis corpus.

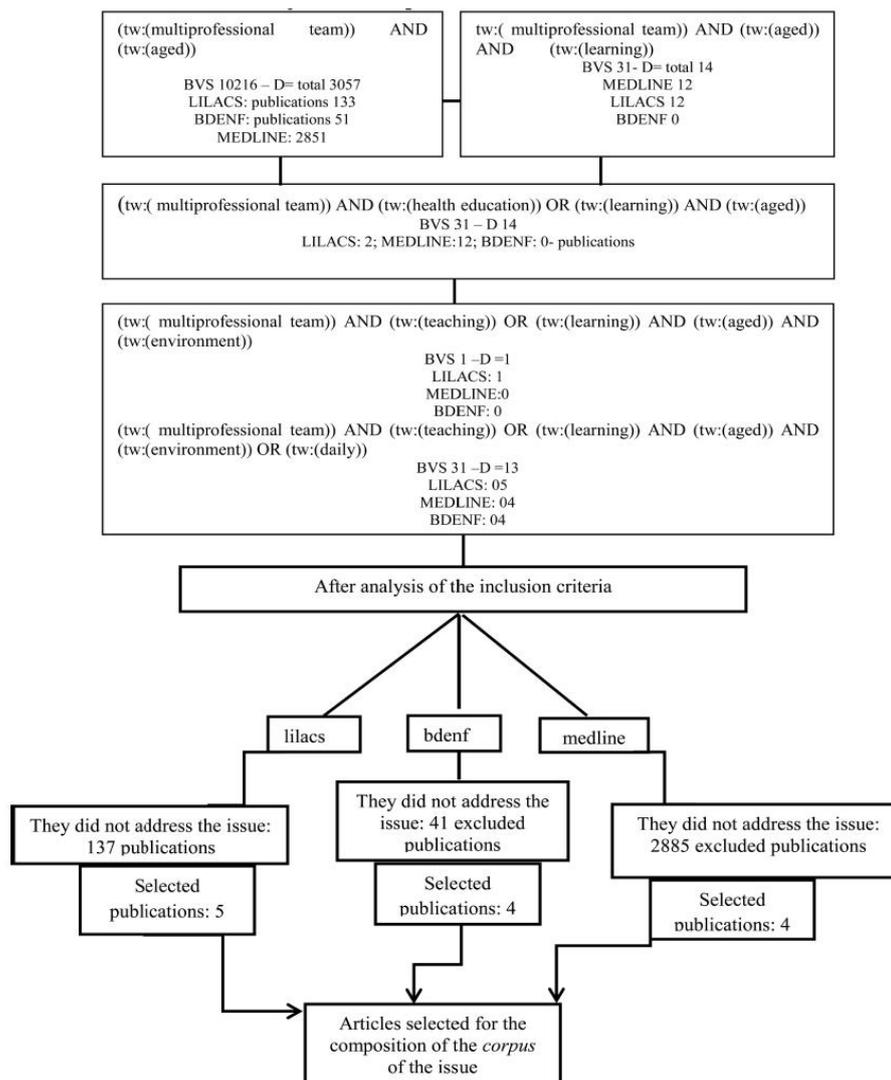
In order to facilitate the understanding of the findings of the scientific literature and its discussion, a table called Integrative Analysis References of the articles was elaborated, being included in Table 1 (we emphasize that these are not in the References at the end of the text).

4. Results and Discussion

It was possible to consider that the authors of A1 emphasize old age as being heterogeneous, emphasizing the importance of activities for a healthy aging, in which the acquisition of new learning is an important task to improve the cogni-

tive capacities and favor the network of social support of the elderly. They emphasized, therefore, the importance of education for a healthy old age, considering the process of lifelong learning.

The aging process in its uniqueness demands the learning of the elderly person, in the promotion of their health, as it stimulates them to re-adjust their daily environment, according to their particularities. In this sense, the teaching developed by health professionals reveals itself as an effective process of the educational dimension.



Source: authored by the author.

Figure 1. Sample selection flowchart.

Table 1. References of the integrative analysis of the articles.

A1	SCORALICK-LEMPKE, N. N.; BARBOSA, G. J. A. Educação e envelhecimento: contribuições da perspectiva Life-Span. <i>Estudos de Psicologia I, Campinas I 29 (Supl.) I 647s-655s I, out./dez. 2012.</i>
A2	VAGETTI, G. C.; ANDRADE, G. O. Fatores influentes sobre o processo de ensino-aprendizagem na educação física para idosos. <i>Acta Sci. Health Sci. Maringá, v. 28, n. 1, p. 77-86, 2006.</i>
A3	SOUSA, S. M. E.; OLIVEIRA, C. C. M. Viver a (e para) aprender: uma intervenção-ação para a promoção do envelhecimento ativo. <i>Rev. Bras. Geriatr. Gerontol, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 405-415, 2015.</i>
A4	MENEZES, Z. C. A.; NASCIMENTO, E. Estudo Longitudinal das Habilidades Intelectuais de Idosos Avaliados com a WAIS-III. <i>Psicologia: Reflexão e Crítica, v. 24, n. 3, p. 419-428, 2011.</i> Disponível em: http://www.scielo.br/prc
A5	ROCHA, S. L.; SOUZA, S. M. E.; ROSENDO, A. C. Necessidades humanas básicas e dependência de cuidados de enfermagem de idosos institucionalizados. <i>Rev. Eletr. Enf. [Internet], v. 15, n. 3, p. 722-730. jul./set. 2013.</i> Disponível em: http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i3.18631
A6	COSTA, C. E.; NAKATANI, K. Y. A.; BACHION, M. M. Capacidade de idosos da comunidade para desenvolver Atividades de Vida Diária e Atividades Instrumentais de Vida Diária. <i>Acta Paul Enferm, v. 19, n. 1, p. 43-35, 2006.</i>
A7	BESSE, M.; OLIVEIRA, O. C. L.; LEMOS, D. N. A Equipe Multiprofissional em Gerontologia e a Produção do Cuidado: um estudo de caso. <i>Revista Kairós Gerontologia, São Paulo (SP), Brasil: FACHS/NEPE/PEPGG/PUC-SP. v. 17, n. 2, p. 205-222, 2014.</i>
A8	NICOLATO, F. V. N.; COUTO, M. A.; CASTRO, B. A. E. Capacidade de autocuidado de idosos atendidos pela consulta de enfermagem na atenção secundária à saúde. <i>Enferm. Cent. O. Min. v. 6, n. 2, p. 2199-2211, mai./ago. 2016.</i>
A9	LUCENA, A. L. R. de et al. Ensinando e aprendendo com idosos: relato de experiência. <i>J. res.: fundam. care. Online, v. 8, n. 2, p. 4131-4141, abr./jun. 2016.</i>
A10	AMTHAUER, C.; FALK, W. J. Discursos dos profissionais de saúde da família na ótica da assistência à saúde do idoso. <i>J. res.: fundam. care. Online, v. 9, n. 1, p. 99-105, jan. /mar. 2017.</i>
A11	VIEIRA, D. C. D. et al. Percepções de usuários da estratégia de saúde da família sobre saúde, prevenção e autocuidado. <i>J Nurs UFPE on line, Recife, v. 10, n. 2, p. 413-418, fev. 2016.</i>
A12	MEDEIROS, V. D. et al. A percepção do idoso sobre a velhice. <i>Rev enferm UFPE on line, Recife, v. 10, n. 10, p. 3851-2859, out. 2016.</i>
A13	CLARES, B. W. J.; BORGES, L. C.; FREITAS, C. M. Idosos institucionalizados: proposta educativa na perspectiva freireana. <i>Rev enferm UFPE on line, Recife, v. 11(Supl. 2), p. 1073-1077, fev. 2017.</i>

Source: authored by the author.

The assessment of the learning needs of the elderly, in geriatric and gerontological care, through the teaching of health professionals is considered, in health education, as an affective and effective foundation for health promotion of the elderly.

For Arantes (2007), Health Education should consider the values of daily life, the factors related to the diseases, the willingness to teach and the readiness to learn. The binomial of Education in values refers to the complex and controversial relations of the multidimensional human being with himself and the society in which he lives, for it is the appropriation of culture that enables individuals to think, judge, criticize, elaborate, recognize, so learn.

According to A2, the professionals who work with the elderly in their different areas need a training focused on the necessary care with this population, that is, such workers must work on gerontology both in the technical aspects of the movement and in the broader factors that involve teaching and learning.

In this sense, the learning of the elderly through the teaching of health profes-

sionals is an educational dimension that can be systematized and linked to the multidimensional model of health of the elderly, regarding more assistance, guidance, supervision, referral and follow-up in the promotion and protection of their health.

In the study of A3, developed in the district of Braga, in Portugal, it was argued that group activities with the elderly, when pleasant, make it possible to acquire new knowledge, which helps in daily life, increasing the quality of life, the elderly autonomous, participatory and active, because they are in constant learning.

Data from the A4 survey indicate that aging, although healthy, leads to a normal decline in intellectual performance. However, the study showed that young adults may gain gains in their vulnerable skills, such as perceptual organization, learning, memory, problem solving, and processing speed, although their declines are considered. Therefore, variations to learn are not characterized by a generalized decline pattern, i.e. they do not occur in all abilities and vary with age.

These data share with A5, where the basic human needs of institutionalized elderly people refer to body care, health education, locomotion, and elimination and mobility. This is due to a degree of dependence on nursing care, since many elderly people were partially dependent, so the results allowed a better understanding of the real needs demanded by the elderly.

Moraes (2012) mentions that in the aging process, from the age of 80, some degree of physiological commitment is expected, in the ability to perform ABVD. But not in the capacity to relearn, since the intensity and frequency of the impairment are depending on the general health conditions, throughout life, and on the way of life of the elderly in their socio-economic-historical-cultural context.

In the author's line, aging is closely associated with the embrittlement process, but there is no direct cause-and-effect relationship, since it does not follow a homogeneous pattern of evolution, justifying the heterogeneity present in elderly individuals of the same age. Therefore, age alone is not a predictor of frailty and learning deficit.

According to A6, in the face of population aging, the goal in health care is no longer to prolong life, but mainly to maintain the functional capacity of the individual, so that he remains autonomous and independent for the longest possible time. For this to happen, the health system needs to ensure universal access to progressive health care and public policies should emphasize health promotion and disease prevention.

The results of A7 article are in line with this assertion, since they defend the production of health care for the elderly by a multi-professional team. Also emphasize interdisciplinarity as a fundamental means in promoting education not only with technical care but also with lay care, carried out at home, ensuring a care plan and coping with various difficulties resulting from the scarcity of human resources, equipment and supplies.

According to Ramos (2003), the majority of the elderly have diseases or organic dysfunctions that, in most cases, are not associated with the limitation of activities or the restriction of social participation. The person is considered healthy when he is able to perform daily tasks independently and autonomously, even in the presence of diseases, so he is able to learn.

In A8 it was stated that the elderly person demonstrates behavior of seeking care in secondary care, with the goal of learning to perform general and therapeutic self-care. The nursing intervention used in this level of attention was the one of support to the education, standing out the actions of orientation with the teaching of therapeutic self-care. In addition, the authors considered the elderly independent, as those who seek the most care at the outpatient level. Also, they observed the predominance of the nursing system in the educational support of the education on the measures of therapeutic self-care, prevailing the offer of actions of health promotion and prevention of diseases, with a view to valorizing the independence, autonomy and self-care of the elderly.

The production of A9 reports on health education practices, which encourage the adoption of preventive self-care measures regarding the health of the elderly in situations of multiple vulnerabilities and help health professionals to build new subsidies and ideas for care, a reflection on the uniqueness of the elderly and contributing to the effective assistance to longevity with quality of life.

According to Moraes & Moraes (2016), the interdisciplinary work in Gerontology, in the multidimensional model for the promotion of the health of the elderly, transcends the limits of the disciplines and aggregates the active participation of the elderly, family, society and the State, demands of the aging process.

According to A10, the practices carried out by the professionals of the Family Health Strategy (ESF) with the elderly attending a Basic Health Unit are related to the aging process, being the role of the health professional to ensure comprehensive care for the elderly, with a dignified and humanized service, understanding it in its totality.

In A11, on the other hand, when analyzing the perceptions of users of a Family Health Strategy regarding the understanding of the concepts of health, disease prevention and self-care, the need to promote health in several aspects was evidenced: habits of health, work environment qualification, housing and community participation.

This action is intimately interconnected with the educational dimensions of caring, teaching and learning, since there are possibilities to develop gerontological interventions in prevention, healing, control, recovery or comfort, depending on the acute or chronic condition of health and the degree of functionality of the elderly, because they have as purpose the definition of functional and clinical diagnoses, which are essential to elaborate and plan the interdisciplinary care plan.

In describing the elderly's perception of aging and the aging process, according to A12, old age was a harbinger of dependence, loneliness and incapacity for work, and it is necessary to appreciate these perceptions with a different look at

their demands, with educational strategies for your expectations.

De Lira, da Silva Santos, Ribeiro & Stobäus (2017), related to empowerment of elderly, especially in terms of popular education related to health promotion in peripheral villages in major cities, must receive more supports from government, as well as non-governmental organizations, in the direction to improve more knowledge, skills and attitudes, for acquire more autonomy.

Based on the ideas of A13, it was possible to reflect on the potentialities and limitations of health education practices, aimed at elderly people living in long-term institutions, through an educational proposal regarding knowledge and cultural values.

According to Bastable (2010), teaching is a complex process in which there is help to learn new behaviors, more related to health and the maintenance of independence in everyday life. As a result of experience, there is a relatively long-lasting change in mental process and emotional and/or behavioral functioning.

The author describes learning as a dynamic and permanent process by which individuals acquire new knowledge, new skills and modify their thoughts, feelings, attitudes and actions. In this way, individuals adapt to the different demands, circumstances and clinical conditions, being, therefore, the essential learning for health care.

As we said (Mosquera & Stobäus, 2016: pp. 1264-1265),

Thus, both health aspects such as the disease are contemplated as an important dialectic to the development of the personality of a person to his late adulthood, through these social representations that are configured in ways J. J. M. Mosquera, C. D. Stobäus 1265 of thinking and acting, have emotions and know manage them in a society so quick adjustments and continuous changes. So, we can see that human existence would be in fact a construction that relies heavily on our senses, values and meanings that represent the world and we develop.

However, in the operationalization of health care to the elderly, it is often perceived that there may be a certain “negligence” of the perception and use of elements such as Health Education. Since the teaching is not always effective and is not completely performed, especially in geriatric care, there are often only technical interventions related to multimorbidity, polypharmacy, inapparent disease, functional loss, associated diseases or the presence of geriatric syndromes.

5. Final Considerations

By knowing the scientific productions evidencing the learning of the elderly and learn more about how to take care of their health, it is considered that the promotion of health in the context of human aging is a therapeutic process. Must be expanded and articulated to the educational, clinical, functional, socio-environmental dimensions and psychosocial factors, being an important ally in the reorganization of the daily life of the elderly, in the maintenance of functionality, and welfare.

To this end, dialogue, knowledge, exchange of experiences and information with the elderly should be valued, making it possible to consolidate a process of critical, meaningful and emancipatory teaching as a way of empowering autonomy, independence for self-care, self-control of maintaining functional and participatory capacity.

Autonomy and independence rescue the importance of the integrality of the concept of health in the elderly, which makes multidimensionality present in every evaluation. In this sense, learning in the promotion of functionality helps the elderly in their decision making with autonomy, making them responsible. Also guarantees the respect and freedom to expose their needs in the reorganization of their daily life, since the educational dimension is a dialogical process that enables new learning, behavior change in favor of their well-being, to a better quality of life, with therapeutics, management and management of care and self-care.

Thus, from the synthesis and theoretical integration, it is possible to perceive the need for evidence regarding the publications about learning, in its relations with the development of the teaching process of health professionals. However, regarding the consideration of health education, the constructs constitute a relational factor for the monitoring, treatment, attention, promotion and protection of the health of the elderly person.

Therefore, it is necessary to reiterate the need for professionals who are in contact through multidisciplinary and interdisciplinary teams, as well as caregivers and patients themselves, that they should be more attentive and aware of continuous training, in terms of the teaching and learning aspects involved. And in terms of (re)knowledge of concepts, in terms of skills (related practices), and in terms of more proactive and comprehensive attitudes, in what is widely denominated teaching and corresponding learning in the fields of Education and of health.

This study was financed in part by the Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior—Brasil (CAPES)—Finance Code 001.

Conflicts of Interest

The authors declare no conflicts of interest regarding the publication of this paper.

References

- Arantes, V. A. (2007). *Educação e valores [Education and Values]*. São Paulo: Summus.
- Bastable, S. B. (2010). *O Enfermeiro como Educador: Princípios de Ensino-Aprendizagem para a prática de enfermagem [Nursing as an Educator: Teaching-Learning Principles for Nursing Practice]* (3rd ed.). Porto Alegre: Artmed.
- de Lira, G. A., da Silva Santos, M., Ribeiro, K. S. Q. S., & Stobäus, C. D. (2017). Elderly Empowerment: Health Promotion in the Perspective of Popular Education in Health. *Creative Education*, 8, 1111-1123. <https://doi.org/10.4236/ce.2017.87080>
- IBGE (2015). *Mudança demográfica no Brasil no início do século XXI: Subsídios para as*

- projeções da população [Demographic Change in Brazil at the Beginning of the 21st Century: Subsidies for Population Projections]*. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.
- Melnyk, B. M., & Fineout-Overholt, E. (2005). *Evidence Based Practice in Nursing & Healthcare. A Guide to Best Practice* (pp. 3-24). Philadelphia: Lippincot Williams & Wilkins.
- Minayo, M. C. S. (2012). Análise qualitativa: Teoria, passos e fidedignidade [Qualitative Analysis: Theory, Steps and Reliability]. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, 17, 621-626. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000300007>
- Ministério da Saúde (2017). *Estratégia para promoção do envelhecimento saudável [Strategy to Promote Healthy Aging]*. Brasília.
- Moraes, E. N. (2009). *Princípios básicos em Geriatria e Gerontologia [Basic Principles in Geriatrics and Gerontology]*. Belo Horizonte: Coopmed.
- Moraes, E. N. (2012). *Atenção à saúde do Idoso: Aspectos Conceituais [Health Care of the Elderly: Conceptual Aspects]*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde.
- Moraes, E. N., & Moraes, F. L. (2016). *Coleção Guia de Bolso em Geriatria e Gerontologia: Avaliação multidimensional do Idoso [Handbook Collection in Geriatrics and Gerontology: Multidimensional Assessment of the Elderly]* (5th ed.). Belo Horizonte: Folium.
- Mosquera, J. J. M., & Stobäus, C. D. (2016). Healthy Aging: Education, Health, Health Psychology and Leisure. *Creative Education*, 7, 1261-1269. <https://doi.org/10.4236/ce.2016.79133>
- OMS (2016). *Ageing and Life Course*. Organização Mundial de Saúde. <http://www.who.int-ageing-em>
- OPAS (2009). *Plan de acción sobre la salud de las personas mayores incluido el envejecimiento activo y saludable [Plan of Action on the Health of the Elderly including Active and Healthy Aging]*. Washington DC: Organização Pan-Americana da Saúde.
- Ramos, L. R. (2003). Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto ediposo [Determinants of Healthy Aging in Elderly People Living in Projeto Epidoso, São Paulo]. *Cadernos de Saúde Pública*, 19, 793-798. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2003000300011>
- Rother, E. T. (2007). Revisão sistemática x revisão narrativa [Systematic Review vs. Narrative Review]. *Revista Acta Paulista de Enfermagem*, 20, 1-2. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002007000200001>

APÊNDICE J – Artigo “Os processos de ensino e aprendizagem dos idosos na perspectiva multidimensional do cuidado em saúde”

Saúde e Sociedade

SAÚDE e SOCIEDADE

Os processos de ensino e aprendizagem dos idosos na perspectiva multidimensional do cuidado em saúde

The teaching and learning processes of the elderly in the multidimensional perspective of health care

Journal:	<i>Saúde e Sociedade</i>
Manuscript ID	SAUSOC-2019-0012
Manuscript Type:	Original Research Article
Keyword:	aprendizagem, idoso, ensino

SCHOLARONE™
Manuscripts

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

1

RESUMO: Objetiva-se analisar os processos de ensino e aprendizagem dos idosos na perspectiva multidimensional do cuidado em saúde. Estudo qualitativo, exploratório-descritivo, com abordagem do materialismo histórico e dialético, com o registro 2.202.003 no Comitê de Ética, no qual foi realizada entrevista semiestruturada e observação sistemática. Os dados foram analisados conforme a Técnica de Análise do Conteúdo. A dimensão educativa promove a manutenção das atividades básicas de vida diária, bem como a funcionalidade e o bem-estar do idoso.

Palavras-chave: Aprendizagem; Ensino; Idoso.

ABSTRACT

The objective is to analyze the teaching and learning processes of the elderly in the multidimensional perspective of health care. Qualitative, exploratory-descriptive study, with a historical and dialectical materialism approach, with registration 2.202.003 in the Ethics Committee, in which a semi-structured interview and systematic observation were performed. The data were analyzed according to the Content Analysis Technique. The educational dimension promotes the maintenance of basic activities of daily living, as well as the functionality and well-being of the elderly.

Keywords: Learning; Teaching; Old man.

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

2

Introdução

A perspectiva da avaliação multidimensional, na promoção da saúde da pessoa idosa relaciona a dimensão biopsicossocial, com sua funcionalidade da pessoa idosa, principalmente tendo em vista as alterações fisiológicas nesta etapa da vida, os agravos comumente associados e a existência das síndromes geriátricas, das quais se destacam: incapacidades cognitiva e comunicativa, instabilidade postural, imobilidade e incontinência esfíncteriana, insuficiência familiar e a iatrogenia, as quais correspondem, no processo de envelhecimento, ao principal fator de risco para o seu desenvolvimento (MORAES E MORAES 2016).

Segundo os autores, as síndromes geriátricas podem vir associadas ao processo de envelhecimento e apresentam características peculiares como múltipla etiologia e necessidade de cuidado de longa duração. Embora tais síndromes não impliquem risco de morte iminente, muitas vezes representam a perda da autonomia e da independência, a ausência de resposta à intervenção simples e a coexistência simultânea de poli-incapacidade, que, devido à alta prevalência nos idosos frágeis, evidencia a necessidade de uma abordagem multidisciplinar.

Por essa razão, a avaliação multidimensional possui como resultado esperado a promoção da saúde com funcionalidade, pois, ao ser interdisciplinar, atende às dimensões clínicas, funcionais, psicossociais e socioambientais da pessoa idosa na prevenção de sua fragilidade. Destaca-se, ainda, a necessidade da inserção das dimensões educativa e espiritual, comumente manifestadas pela pessoa idosa em seu cotidiano, porque influenciam no seu bem-estar.

Nesse sentido, torna-se um desafio operacionalizar intervenções ou prescrições interdisciplinares, sem a inserção da dimensão educativa, pois ela permite a avaliação das necessidades de aprendizagem da pessoa idosa no processo de envelhecimento, a promoção da saúde da pessoa idosa e a educação sobre seus cuidados.

O Ministério da Saúde, ao criar a Linha de Cuidado à Pessoa Idosa, orienta a sua implementação com ênfase na organização do percurso da pessoa idosa, com enfoque multidimensional na Rede de Atenção à Saúde (RAS) e na interlocução entre os serviços de saúde, rede local de assistência social e proteção de direitos.

Além disso, referida linha de cuidado objetiva a diminuição do risco de perda da capacidade funcional, de modo a assegurar a autonomia, a independência, a locomoção e a coordenação motora, com vistas a obter um aumento potencial da sobrevida após os 6 (seis) meses do início da avaliação integral. Ainda, no caso de idosos vulneráveis, busca-se a melhoria do desempenho cognitivo (memória e concentração) que permite ao indivíduo

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

3

compreender e resolver os problemas no cotidiano, prevenindo, assim, a demência, a automedicação e, conseqüentemente, reduzindo o número das internações (Brasil, 2017).

Com base nessas considerações, percebe-se que a avaliação multidimensional prioriza uma linha de cuidado da saúde da pessoa idosa que garanta a sua funcionalidade em seu cotidiano, de modo a promover a manutenção da autonomia e da independência, reduzindo, assim, a fragilidade do idoso.

Moraes e Moraes (2016) conceituam a fragilidade como multidimensional, a qual compreende a redução das reservas homeostáticas e da capacidade de adaptação às agressões biopsicossociais, o que, conseqüentemente, implica maior vulnerabilidade ao declínio funcional, à institucionalização e ao óbito.

Neste contexto, para realizar a avaliação multidimensional adotando a funcionalidade como base para a promoção da saúde da pessoa idosa, são considerados os modelos propostos por Fried (2001); Rockwood *et al.* (2005); Moraes e Moraes (2016), na organização e no planejamento de sistemas de saúde, pois, por meio deles, é possível identificar as diferenças entre comorbidades e incapacidades, bem como identificar o fenótipo dos componentes da fragilidade (Moraes & Moraes, 2016).

Nesse sentido, a avaliação multidimensional possui como foco a funcionalidade global do idoso, a qual é considerada conforme a classificação dos idosos proposta por Katz (1963), de acordo com o grau de dependência para atividades de vida diária - AVD, relacionadas ao autocuidado, e para a atividade instrumental de vida diária - AIVD, por meio do referencial de Lawton e Brody (1969). Ademais, há a Escala Visual da Fragilidade – EVF que classifica os idosos, por meio dos seus estratos, em três grupos: robusto; em risco de fragilização e frágil (Moraes & Moraes, 2016), também importante para que se possa iniciar o cuidado clínico e educativo.

O grupo de idoso classificado como frágil subdivide-se em três subgrupos, consoante a probabilidade de ganho funcional ou conforme a qualidade de vida, são eles: idoso frágil de baixa complexidade, idoso frágil de alta complexidade e idoso frágil em fase final da vida.

Destaca-se, portanto, que a avaliação multidimensional da saúde do idoso garante a promoção da saúde porque permite considerar as dimensões clínicas, funcionais, psicossociais e socioambientais, nas quais se ancora também a educativa, dimensão determinante para a promoção da saúde da pessoa idosa, mormente por ser constituída pelos aspectos objetivos e subjetivos relacionados às necessidades de cuidados no processo do envelhecimento e por permitir o acompanhamento geriátrico e gerontológico longitudinal.

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

4

Entende-se, neste estudo, que a avaliação multidimensional facilita a visualização dos resultados das intervenções geriátricas e gerontológicas especializadas, ao individualizar o diagnóstico global do idoso, possibilitando, assim, a continuidade do cuidado de forma sistematizada ao assegurar a integralidade na atenção à saúde da pessoa idosa. Todavia, muitas vezes se percebe uma lacuna no que se refere à dimensão educativa do idoso.

Sob essa ótica, visualizam-se os processos de aprendizagem e ensino como elementos que constituem a dimensão educativa de maneira processual, sistematizada e indissociável das demais dimensões, configurando, assim, a avaliação multidimensional da saúde da pessoa idosa. Nesse contexto, apresenta-se a questão de pesquisa: como se desenvolvem os processos de ensino e aprendizagem dos idosos na perspectiva multidimensional do cuidado em saúde? e o objetivo deste estudo: analisar os processos de ensino e aprendizagem dos idosos na perspectiva multidimensional do cuidado em saúde.

Materiais e Métodos

O presente estudo foi do tipo exploratório e descritivo. Nas pesquisas exploratórias é possível ao pesquisador esclarecer ideias e ficar livre para propor estudos posteriores. “Pesquisas exploratórias são desenvolvidas com o objetivo de proporcionar visão geral, de tipo aproximativo, contextual acerca de determinado fato” (Gil, 2010, p. 43).

No que concerne ao tipo de pesquisa, esta caracteriza-se como descritiva, pois está intimamente relacionada ao conhecimento de crenças, opiniões e atitudes de uma população e não se limita apenas a um método de coleta de dados, uma vez que é construída como um processo articulado, desde sua formulação enquanto ideia, até o percurso operacional e estratégico desenvolvido pelo pesquisador.

O estudo foi desenvolvido em Laboratório de Prática, localizado no interior do estado do Rio Grande do Sul, entendido como um cenário interdisciplinar de ensino, pesquisa e extensão no cuidado e na promoção à saúde do idoso.

O número ideal de pessoas a ser considerado na pesquisa qualitativa não é um critério quantitativo, sendo, pois, definido pelas próprias demandas do processo de construção de informação, intrínseco à pesquisa em curso. O participante é uma unidade essencial para o processo de construção da pesquisa qualitativa, pois a singularidade é a única via que estimula os processos de construção teórica, de valor e de generalização perante o estudo da subjetividade, que são inexequíveis sem o estudo das diferenças que a caracterizam (Rey, 2005).

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

5

Segundo Richardson (2013), na pesquisa qualitativa, a qualidade da informação obtida sobrepõe-se ao número de entrevistados. Para Minayo (2017), as questões que envolvem a amostragem são das mais recursivas nas pesquisas qualitativas, pois há um estranhamento sobre o número da quantificação que, às vezes, parece pequeno ao olhar quantitativo.

A autora ressalta que as pesquisas qualitativas e quantitativas complementam-se, mas são de natureza diversa: uma trata da magnitude dos fenômenos, a outra, da sua intensidade; uma busca aquilo que pode ser tratado em sua homogeneidade, a outra, as singularidades e os significados heterogêneos.

A população ou a amostragem na pesquisa qualitativa sintetiza a qualidade do seu objeto de estudo, ou seja, preocupa-se menos com os aspectos quantificáveis, e mais com a dimensão sociocultural que se expressa por meio de crenças, valores, opiniões, representações, formas de relação, simbologias, usos, costumes, comportamentos e práticas (Minayo, 2017).

Para a referida autora, a amostragem de uma pesquisa qualitativa está vinculada à dimensão do seu objeto que, por sua vez, privilegia os sujeitos sociais que detêm os atributos os quais o investigador pretende conhecer. A ideia de provisoriidade acompanha todo o processo investigatório, voltado para o entendimento da diversidade e da intensidade das informações, em que o investigador encontra a lógica interna do seu objeto de estudo em todas as suas conexões e interconexões.

Assim, foram incluídos como participantes da pesquisa os profissionais de saúde, devido ao fato de atenderem às necessidades clínicas, funcionais e psicossociais das pessoas idosas, dentre eles: um enfermeiro, um nutricionista, um terapeuta ocupacional, um psicólogo, um odontólogo, um fisioterapeuta e um médico, perfazendo um total de sete profissionais.

As pessoas idosas incluídas foram as que possuíam vínculo e estavam realizando atendimento geriátrico-gerontológico de suas necessidades no respectivo laboratório, nas atividades de ensino, pesquisa e extensão.

A coleta de dados ocorreu por meio de entrevista semiestruturada e de observação sistemática do participante. “A técnica da entrevista semiestruturada é uma forma de explorar mais amplamente uma questão e, em geral, as perguntas são abertas e podem ser respondidas dentro de uma conversação informal” (Marconi & Lakatos, 2003, p. 197).

O roteiro da entrevista abrange vários indicadores essenciais para contemplar os questionamentos e as informações esperadas, sendo importante ao entrevistador ter domínio

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

6

do objeto de seu estudo e, se necessário, promover um espaço para discutir os achados investigados com os entrevistados (Bardin, 2016).

A entrevista semiestruturada valoriza a presença do investigador e também oferece possibilidades para o informante alcançar a liberdade e a espontaneidade necessárias para enriquecer a investigação. Além disso, é possível captar de forma imediata e corrente as informações desejadas, proporcionando adaptações, esclarecimentos e aprofundamento de questões planejadas ou imprevistas, sendo uma técnica que parte de questionamentos apoiados em teorias que enriquecem a investigação. Ademais, esse tipo de entrevista proporciona liberdade, espontaneidade e favorece não apenas a descrição do fenômeno, mas a sua explicação e compreensão de modo totalitário em dimensões amplas (Marconi & Lakatos, 2003).

O instrumento da pesquisa semiestruturada contemplou questões que atenderam e responderam à questão de pesquisa para os participantes profissionais de saúde e para as pessoas idosas. Foram agendados horários no Laboratório de Práticas para a realização da entrevista com os participantes, conforme disponibilidade de cada um e da autora da pesquisa. Os dados foram gravados, transcritos e retomados na forma escrita aos participantes do estudo para validação das informações da pesquisa, perfazendo um total de três retornos.

A observação sistemática foi realizada durante o atendimento da pessoa idosa. As informações colhidas por meio dessa técnica foram minuciosamente registradas em um diário de campo do pesquisador. Segundo Bardin (2016), a observação consiste em um processo pelo qual um pesquisador se coloca como observador de uma situação social, com a finalidade de realizar uma investigação científica para configurar as expressões do discurso do conteúdo, das mensagens e da ação.

Para o tratamento dos dados foi utilizada a Análise do Conteúdo de Bardin (2016), a qual consiste em um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção e de recepção dessas mensagens.

Segundo a autora, é um método de tratamento da informação contida nas mensagens que possibilita a criação de categorias relacionadas ao objeto de pesquisa. A operacionalização da análise categórica contemplou, então, três momentos descritos a seguir.

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

7

- 1) *Pré-Análise*: foram determinadas as unidades de registro, tais como palavras-chave ou frases, unidades de contexto, recortes, forma de categorização e conceitos teóricos gerais que orientaram a análise. Portanto, levou-se em conta a questão central e o objetivo da pesquisa na realização da codificação.
- 2) *Exploração do Material*: consistiu na transformação dos dados iniciais obtidos, objetivando a compreensão do texto a partir do seu núcleo de sentido codificado. Procedeu-se com o recorte do texto em unidades de registro e realizou-se a classificação e agregação dos dados.
- 3) *Análise, interpretação e tratamento dos resultados obtidos*: houve a categorização dos dados por meio da interpretação, correlacionando os achados investigados à luz dos referenciais teórico e metodológico que fundamentaram a pesquisa.

No primeiro momento da pré-análise, agruparam-se as palavras-chave: “autonomia” e “comunicação” como elementos codificados, constituintes das categorias, obtidos no contexto dos conteúdos dos dados. Para Bardin (2016), a categoria reúne um grupo de elementos sob um título genérico, agrupado em razão de seus caracteres comuns.

A autonomia da pessoa idosa apresentou-se na relação da tomada de decisão com a prontidão de aprender a reorganizar o ambiente cotidiano, ao passo que a comunicação evidenciou-se pelo desejo de aprender, no atendimento geriátrico-gerontológico por profissionais qualificados.

Nos profissionais de saúde, a autonomia relacionou-se com a aptidão para ensinar de acordo com a específica formação e qualificação geriátrica-gerontológica, enquanto que a comunicação manifestou-se no desejo de diálogo e atuação em equipe multidisciplinar.

Assim, no segundo momento houve a construção dos elementos da autonomia e comunicação, por meio do agrupamento das posturas, discursos, comportamentos, atitudes e respostas dos participantes da pesquisa às perguntas realizadas durante a entrevista semiestruturada, observação sistemática e registro no diário de campo.

O agrupamento foi diferenciado para os profissionais de saúde e para a pessoa idosa, como meio de captar as mediações e, a posteriori, identificar as contradições no conteúdo dos discursos.

O terceiro momento, denominado análise e interpretação dos dados, foi considerado, segundo Nietzsche (2000), como a fase do caminho metodológico constituída da análise e da

1
2
3
4 interpretação dos dados, por meio da construção de redes inferenciais que produzem uma
5 inter-relação dos dados para o desvelamento do problema de pesquisa.
6

7
8 Nesse cenário, o objeto deste estudo, centralizado no desvelamento do problema de
9 pesquisa, foi constituído pelos elementos autonomia e comunicação, bem como
10 responsabilidade e confiança, presentes nas descrições categóricas da investigação: O ensino
11 dos profissionais de saúde na aprendizagem da pessoa idosa no atendimento geriátrico-
12 gerontológico: uma necessidade educativa.
13
14
15

16 17 18 **Resultados e Discussão**

19
20
21 Identificou-se que os profissionais de saúde desenvolvem o ensino para a pessoa idosa
22 durante o atendimento geriátrico-gerontológico, aliado aos cuidados em garantia à
23 funcionalidade, considerando o seu processo individual de envelhecimento, perceptível por
24 meio dos relatos:
25
26

27
28
29 *Não tem como cuidar sem ensinar. Eu acho que as duas coisas são*
30 *necessárias e se casam muito bem. Cuidar e ensinar é bem particular de*
31 *cada idoso porque tem diferentes idades, tipos de vivência e maneiras de*
32 *ensinar os cuidados em saúde (PS1).*
33

34
35 *Para cuidar e ensinar depende da demanda do idoso, isto o profissional de*
36 *saúde identifica, na avaliação. Na comunicação com idoso se percebe as*
37 *dificuldades de vida diária. E, com base nisto, tentar auxiliar e ajudar*
38 *para o seu dia a dia, principalmente no que ele consegue fazer sozinho ou*
39 *no que ele não consegue (PS2).*
40

41
42 *Eu venho aqui por vontade própria, para aprender a me cuidar melhor, às*
43 *vezes trago o filho que é para garantia da chegada e saída segura, quando*
44 *estou meio ruim. No geral venho sozinha, foram raríssimas as situações que*
45 *tive o filho junto, ainda consigo fazer as coisas do dia a dia sozinha. A gente*
46 *tem que se movimentar (PI1).*
47

48 Segundo Egry (1996), o ensino é um processo de partilha de experiência entre
49 educador e educando, vivenciado na prática da busca de soluções às questões a serem
50 enfrentadas no cotidiano. Referido processo se estabelece na relação efetiva entre os
51 envolvidos, considerando o que existe e o que é possível transformar, pois, enquanto um
52 processo dinâmico é garantido pelo compromisso de ambos os envolvidos e pressupõe,
53 portanto, disponibilidade para reflexão e troca.
54

55 Os participantes da pesquisa reconhecem a dependência do ensino e, assim, da
56 educação para obter os melhores resultados no atendimento geriátrico-gerontológico, com
57
58
59
60

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

9

respeito à autonomia profissional e à autonomia da pessoa idosa motivando-a para que consiga manter sua funcionalidade.

Eu penso que o sucesso do atendimento, seja ele qual for a necessidade, depende da educação. Então, é necessária a colaboração, comunicação, autonomia, motivação. Porém, se o idoso não estiver ciente do seu papel dentro desse processo, não teremos o sucesso esperado. A educação deve estar inserida em qualquer tipo de abordagem que se faça com o idoso (PS3).

Costumo desenvolver o cuidado à pessoa idosa com o foco na minha autonomia profissional. A minha área é cirurgia do quadril, temos fratura do fêmur proximal que é uma fratura sentinela, para osteoporose. Então, um dos grandes cuidados é o medicamentoso, realmente é com um suporte de vitamina D, verificar o nível de cálcio para reiniciar uma medicação bifosfonada, que diminua o quanto este osso é reabsorvido, o quanto ele vai, digamos, diminuindo de volume e densidade. E, óbvio, depois tem o enfoque necessário da educação e reabilitação (PS7).

Eu procuro fazer o que me ensinam. Eu me cuido para não cair mais. Eu tenho medo de cair, mas tenho que me ajudar para não ficar muito parado (PI2).

Para Goldin (2004), o princípio da autonomia não pode mais ser entendido apenas como sendo a autodeterminação de um indivíduo, sendo essa apenas uma de suas possíveis leituras. A inclusão do outro na questão da autonomia trouxe, desde o pensamento de Kant, uma nova perspectiva que alia a ação individual ao componente social. Dessa perspectiva que surge a responsabilidade pelo respeito à pessoa, que talvez seja a melhor denominação para este princípio.

Ao analisar os processos de ensino e aprendizagem, identificou-se que para ensinar a pessoa idosa, durante o cuidado, é necessário ao profissional de saúde apropriar-se da autonomia enquanto respeito ao ser humano e realizar a comunicação com os demais profissionais, pois a educação sobre a promoção dos cuidados em saúde no cotidiano da pessoa idosa previne o surgimento de novos agravos ao proporcionar bem-estar e segurança na vida diária, como referem:

Eu acredito que a promoção, a educação à promoção tenha sim um fator preventivo como no caso da queda, porque torna a vida do idoso segura, ou seja, assim como se faz a prevenção do idoso no que se refere ao aumento do perfil lipídico, o cuidado com a alimentação quanto à prevenção da obesidade ou não ter resistência periférica à insulina, na diabetes, quanto aos cuidados para diminuir os níveis pressóricos e com isso reduzir risco de infarto (PS7).

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

10

Eu acredito, sim, que a prevenção das quedas com uma comunicação adequada deva ser ensinada para garantir a mobilidade e uma segurança no ambiente, dentro de casa, o que, com certeza, diminuiria os números que se tem hoje, por exemplo, de fraturas ou de traumas no domicílio (PS6).

Eu aprendo aqui, mas não sigo tudo o que dizem, se eu comer tudo o que falaram vou engordar. Como eu aprendi a cuidar da saúde? Um pouco aqui, outro ali, a gente vai aprendendo, lá em casa somente tem comida caseira, sempre foi assim. Eu faço até o pão. A receita que me deram aqui não fica com o mesmo gosto (PI3).

O Ministério da Saúde considera que a comunicação é uma necessidade fundamental, pois é mais do que troca de palavras, trata-se de um processo dinâmico, complexo, baseado em cinco dimensões: biológica, fisiológica, social cultural e espiritual. Além disso, a comunicação permite que as pessoas se tornem acessíveis umas às outras, por meio do compartilhamento de sentimentos, opiniões, experiências e informações (Brasil, 2006).

Comunicar envolve, além das palavras que são expressas por meio da fala ou da escrita, todos os sinais transmitidos pelas expressões faciais, pelo corpo, através da postura corporal e da distância que se mantém entre as pessoas, por exemplo. Nesse sentido, a comunicação é essencial na área de saúde, pois por meio dela são obtidas informações valiosas para a condução terapêutica (Brasil, 2006).

Para os profissionais de saúde, a comunicação adequada empregada pela equipe de educação sobre a saúde no atendimento geriátrico-gerontológico possui um fator preventivo em garantia ao bem-estar, ABVD, funcionalidade com qualidade de vida e necessita ser realizada por equipe especializada, sobretudo porque é uma maneira de ampliar as relações sociais, de acordo com os discursos:

Eu acho que o idoso pelo fato dele estar vivendo mais, a expectativa de vida ter aumentado, ele merece receber uma atenção especializada para que ele consiga viver melhor, com autonomia para as suas atividades de vida diária na longevidade, até porque muitos idosos vivem mais sozinhos ou estão afastados da família, muitos não possuem condições financeiras, então eles querem manter sua autonomia (PS5).

É necessário e importante que os profissionais de saúde estejam atentos para ensinar o idoso a viver de uma forma melhor, com uma maior qualidade de vida e para isto necessitam de formação específica (PS4).

Venho aqui porque é bom, eles explicam tudo, gosto de conversar, sempre se aprende algo novo. Às vezes o que dizem eu já sabia, mas é bom vim aqui, não é caro uma consulta com um doutor destes se fosse pagar ali fora seria caro. É um prazer vim aqui, me sinto melhor, quando terminar o tratamento daí não sei se vão dizer para eu voltar (PI4).

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

11

Segundo Rodrigues, Rauth e Terra (2010), a qualidade de vida do ser humano depende de dois aspectos fundamentais: educação e saúde que permanecem juntas, em toda a extensão da vida humana, desde o período de formação no útero materno até o fim da vida. Os autores ressaltam que há inúmeras intervenções na área da saúde, as quais dependem de programas educativos, como uma avaliação multidimensional que considere os aspectos biológicos, psicológicos, emocionais, sociais econômicos, ambientais e espirituais.

Para a dimensão educativa se desenvolver nos processos de ensino e aprendizagem se faz necessário operacionalizar o ensino, de tal modo que conhecimentos e saberes geriátricos-gerontológicos possam transcender a promoção da longevidade com funcionalidade e bem-estar, pois o ensino à pessoa idosa busca estimulá-la a envelhecer ativamente, com qualidade de vida, conforme referem:

É preciso saber para auxiliar e ensinar o idoso a ter qualidade de vida em seu dia a dia, principalmente no seu domicílio, para que ele consiga melhorar seu autocuidado. O uso de algumas dinâmicas é uma boa estratégia para facilitar o aprendizado deles (PS5).

Ao possuir o conhecimento qualificado, os profissionais de saúde possuem condições de ensinar o idoso com criatividade o seu cuidado pessoal e integral (PS3).

Eu construo uma árvore genealógica da questão familiar, em que meio familiar ele está? Com quem ele convive? Inicialmente começa com a questão familiar para saber quem é que está chegando. E, para nós, isto é muito positivo nas sessões clínicas seguintes porque forma vínculo e interesse do idoso para aprender (PS1).

Tenho dificuldades para caminhar, uso a bengala, agora eu estou viúvo e me cuido como posso, meus filhos moram em outro estado, mas aqui sempre tem alguém me esperando para me atender, aqui não fazem cara feia, me ajudam, eu vou pôr prótese (PI5).

Conforme Rodrigues, Rauth e Terra (2010), no envelhecimento ativo e bem-sucedido, é preciso considerar não somente os ganhos, mas também as perdas ocorridas do ponto de vista biológico, psicológico e social, mesmo que o idoso mantenha sua independência e autonomia. Isso porque, tanto as perdas, quanto os ganhos possuem uma estreita relação com os recursos comunitários, disponibilizados pelas políticas públicas de saúde, educação, trabalho, cultura, lazer e seguridade social.

Nesse cenário, o efetivo ensino da pessoa idosa demanda aos profissionais de saúde saberes de acordo com sua formação profissional, para que se possa transcender de uma possibilidade a uma realidade concreta, com a utilização e com o reforço de estratégias

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

educativas, que facilitem a vida diária da pessoa idosa, na reorganização do ambiente cotidiano:

A gente brinca, muitas vezes chegamos a ser repetitivos nas orientações. Daí, entre nós descontraímos um pouco: Poxa! Está igual à Pediatria, mas é a Geriatria. Temos a responsabilidade de ensinar, toda semana é necessário demonstrar a escovação, pega escova, mostra, qual é a fricção, qual é a força. Quando o idoso confia e se esforça aprende. E se aprende voltam com outro idoso e, muitas vezes, você não tem resultado (PS2).

Quando às vezes se chega à exaustão de ficar reforçando a questão da higiene, de limpeza, por incrível que possa parecer, vem a gratificação porque se tem o retorno da aprendizagem realizada para o idoso (PS3).

É muito gratificante quando há conclusão do cuidado clínico, o procedimento reabilitador é sempre associado à atenção da saúde, com confiança e responsabilidade se cativa o paciente idoso, incentivando, e daí eu ensino o idoso e ele vem com uma resposta muito positiva. Óbvio, vai ter dois ou três casos, vai ter situações onde as próprias patologias e demências associadas ao processo senil vão fazer com que não tenhamos uma resposta positiva, mas a grande maioria, pela insistência, ganhamos na aprendizagem e no cuidado (PS1).

Segundo Mosquera e Stobäus (2006), o ser humano apresenta necessidade de valorização positiva ou de autoestima, que podem ser desenvolvidas na sua interação social. Todavia, culturalmente, muitos idosos elegem a velhice como um tempo de descanso de sua vida alegando que não há necessidade de novas aprendizagens.

Conforme Stobäus e Mosquera (2017), as pesquisas apontam para o desenvolvimento de projetos educativos específicos para o público idoso, proporcionando um maior foco em suas necessidades e interesses, em prol do seu desenvolvimento saudável.

Sob essa consideração, o desenvolvimento dos processos de ensino e aprendizagem no atendimento geriátrico-gerontológico articulou, então, a dimensão clínica aos elementos da responsabilidade e confiança, pois significa, para o profissional de saúde, que ensinar a reorganizar o cotidiano é necessário na promoção do bem-estar, da funcionalidade e da qualidade de vida, consoante afirmam:

Eu acho que significa trazer qualidade de vida, significa realmente trazer bem-estar. Falando no SUS que realmente aconteça os direitos das pessoas, sejam garantidos, assegurados. Neste sentido, é fazer valer o que realmente deveria ser feito enquanto profissionais com responsabilidade. Assim, e também, para pessoa própria conseguir ter um melhor atendimento, com melhor qualidade e confiança no saber da equipe (PS4).

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

13

Tudo passa pela responsabilidade e interesse dos profissionais de saúde para mostrar que o idoso é capaz de aprender, não é porque eles possuem esta idade que eles não são capazes de ter uma qualidade de vida, de ter sua rotina, com funcionalidade e autonomia (PS6).

Se eu não confiar no que dizem aqui, não adiante nada vim. Faço ioga e gosto de aprender na internet. A importância que eu acho de vim aqui, é que aqui tem recurso, uma coisa ou outra sempre se aprende para viver bem e melhor, às vezes você está bem, outras não está. Quando começo a me sentir ruim, venho aqui, me disseram para vim sempre que preciso, mas tem que agendar primeiro (PI4).

Conforme Egry (1996), a responsabilidade dos profissionais de saúde, por contingência, por seu status social e pelos investimentos sociais a eles destinados, faz com que devam visualizar as possibilidades e as necessidades de mudança efetiva no saber-fazer quanto às intervenções no processo saúde-doença da população, precisamente porque esta é uma forma de mudar o mecanicismo de suas ações focadas apenas na doença, pois as pessoas, em geral, confiam na sua qualificação permanente.

A aprendizagem da pessoa idosa articula a autonomia profissional com a comunicação e alia responsabilidade com a confiança, para conhecer e auxiliar frente às reais necessidades socioambientais e à rotina de vida do idoso com independência, conforme menciona o profissional de saúde:

Eu acho que os profissionais de saúde na equipe devem se comunicar e se querer bem para estabelecer confiança junto ao idoso, porque ele precisa manter suas atividades e tarefas diárias, para que não se sinta incapacitado por uma doença ou pelas próprias dificuldades características da velhice. Quando você consegue habilitar o idoso para uma vida mais independente, para ABVD, a equipe fica confiante e satisfeita, consigo perceber a minha importância como profissional, quando isto não acontece a promoção da saúde mostra suas lacunas (PS6).

Em Mosquera e Stobäus (2006), um profissional mais saudável, que tenha relações interpessoais mais sadias, sem dúvida, eleva-se e eleva os outros, pois promove a autorrealização e a ajuda mútua em direção à educação inclusiva. De certa maneira, esses profissionais são modelos de identidade para seus educandos, sobre seus valores, seus sentimentos e suas expectativas, sobre interações e relações com os outros.

O significado do ensino, na reorganização do cotidiano da pessoa idosa, é considerado um processo educativo, dialógico, estabelecido em uma relação de motivação e confiança entre os profissionais de saúde e entre as pessoas idosas na garantia da sua ABVD, o que gera satisfação à equipe, de acordo com o que dizem:

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

14

É gratificante melhorar a qualidade de vida da pessoa idosa, ver o sorriso no rosto deles, por terem conseguido realizar alguma tarefa ou atividade novamente que não conseguiam realizar mais, é simplesmente incrível (PS5).

Eu penso que é fundamental atuar em equipe, porque a pessoa idosa, saudável ou em processo de adoecimento, consiste em uma complexidade de fatores. É necessário trabalhar o físico, em vários níveis, e também o psicológico, o espiritual, enfim. A minha formação profissional não me permite trabalhar isso sozinha. Então, o trabalho é fundamental e se solidifica a partir do momento que conseguimos trabalhar em equipe de fato, e não cada um fazendo sua parte. Trabalhar em equipe, com diálogo e troca de experiência, para que o resultado seja mais efetivo e o idoso consiga realizar as atividades (PS4).

Tenho que me cuidar e cuidar da minha esposa, ela caiu da construção da casa nova, quando tinha 62 anos, os filhos levaram ela até para Brasília, já 10 anos disto, trago ela na cadeira de rodas aqui, eu faço tudo em casa para mim e para ela, eu até sei passar sonda nela, eu penteio o cabelo dela, nem sempre faço a comida certa para ela, uso o fogão a lenha para não deixar a comida queimar porque faço para mim e para ela, se fizer no fogão a gás queima, vou me virando como posso (PI2).

Para Amthauer e Falk (2017), é papel do profissional da saúde assegurar o cuidado integral ao idoso, bem como refletir sobre suas práticas de cuidado, pois assim garante ao usuário um atendimento digno e humanizado, compreendendo o idoso em sua totalidade.

No desenvolvimento do ensino, a atuação profissional em equipe torna-se fundamental para que, no atendimento geriátrico-gerontológico, a pessoa idosa seja atendida em suas necessidades de cuidado e, assim, possa aprender a reorganizar seu cotidiano, com uma comunicação integrada, em fortalecimento às suas relações sociais e, conseqüentemente, ao seu processo de envelhecimento saudável com ou sem síndromes e agravos associados, consoante mencionado:

Aí vem a esfera multiprofissional. Não tem como alguém conseguir ter todo o jogo de cintura, se não tiver pelo menos uma base muito boa de uma questão fisiológica do envelhecimento, de reconhecimento de saúde e de envelhecimento, sem ter uma boa base de uma questão psicológica e obviamente as esferas que vão competir dentro de cada caso, se tiver uma situação associada com a dimensão social, fisioterápica, ocupacional, nutricional, aí começa a ir agregando outras áreas como a enfermagem, pra cada um dos idosos é importante de acordo com sua condição (PS2).

De acordo com Brasil (2006), a equipe de saúde precisa estar sempre atenta à pessoa idosa, na constante atenção ao seu bem-estar, à sua rotina funcional e à sua inserção familiar e

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

15

social, jamais a deixando à margem de seu contexto, mantendo-a o mais independente possível no desempenho de suas atividades rotineiras.

Para desenvolver o ensino, os profissionais de saúde consideram de suma importância possuir o conhecimento sobre o processo de envelhecimento, no cenário interdisciplinar. Ao se apropriarem dos saberes em Geriatria e Gerontologia, promovem o atendimento das dimensões educativas, clínicas, funcionais, psicossociais e socioambientais, de acordo com as referências dos participantes:

A partir de uma avaliação da demanda da pessoa, uma avaliação integrada de vários aspectos de vida desta pessoa, questões sociais, psicológicas e biológicas. Perceber quais são as capacidades que ele tem dentro da autonomia, se é ainda preservada ou não, se ele consegue ser independente, se consegue ler algum informativo e se quer ler (PS3).

Depois que vim aqui para a fisioterapia, fui entrando aqui dentro, me passam para um, para outro, mas a pressão não baixa, às vezes nem sei por que ela aumenta tanto, querem agora que eu emagreça, meu pai tinha problema de coração, faleceu disso, meu irmão também. Eu tomo também remédio para dormir, sem ele não consigo pegar no sono. Não consigo mais ir no mercado sozinho porque é longe de casa. Somente vou na farmácia que é perto (PI).

Segundo Silva (2009), compreender o significado da condição de fragilidade e identificar os idosos em risco, com suas necessidades humanas básicas comprometidas, sempre vai requerer grande envolvimento ético-profissional por parte de quem cuida, com participação ativa de profissionais de várias formações, interagindo com o idoso e com todo o seu contexto de relacionamento/ligação.

O cuidado surge da própria substância da vida e sua ética implica compaixão, colocar-se no lugar do outro em reciprocidade, respeito, deixar que ele realmente seja em sua alteridade, voltar-se para o outro, no sofrimento e na solidariedade, assistir e acolhê-lo naquilo que ele não pode mais fazer. O cuidado significa presença humana confiada, calorosa, que dá densidade ao ser e enternecimento. Tem como princípio a individualização da assistência, visando o máximo de autonomia e independência (Silva, 2009).

Ao analisar os elementos dos processos de ensino e aprendizagem, pode-se inferir que o fator educativo influencia significativamente, na efetividade da integração interdisciplinar, de maneira afetiva e efetiva no processo do envelhecimento e na longevidade, com bem-estar. Por isso é importante conhecer a rede de apoio na promoção integral da saúde do idoso, conforme relatam:

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

16

Quem constitui a rede de apoio desta pessoa? Quais são os serviços de saúde que ela utiliza? É um cuidado mais ampliado e sempre trazendo para o lado da pessoa. No sentido dela se colocar diante deste cuidado que ela também é responsável, por isto, neste sentido, também fazer muitas orientações às pessoas do tratamento que estamos realizando da situação de saúde, que ela está vivendo também, para que ele possa gerir sua própria vida neste sentido (PS4).

Outro dia queria que eu trouxesse um familiar (risos). A mulher faleceu. Daí perguntei se valia trazer o cachorro, eu brinquei, porque cachorro não entra em instituição. Vejo televisão, venho aqui, um dia a gente se vai, e o bom é ir natural, eu não quero ficar numa cama de hospital, cheio de coisa. Me cuida bastante, caminho com meu cachorro até cinco vezes por dia, ele só falta falar (PI5).

A pessoa idosa significa o sentido de buscar aprender continuamente para seguir sua vida com felicidade, com qualidade de vida e bem-estar, tornando sua vida satisfatória como uma maneira de se manter engajada socialmente, ao demonstrarem prontidão comunicativa para aprender.

Ao analisar os processos de ensino e aprendizagem foi possível identificar como os profissionais de saúde desenvolvem o ensino e a aprendizagem da pessoa idosa, em suas relações com o objetivo de aprender a reorganizar o cuidado em saúde no cotidiano. Os participantes da pesquisa, em seus discursos, reconhecem a necessidade do ensino na promoção da saúde da pessoa idosa, todavia, ainda há desafios processuais na atuação interdisciplinar, no que se refere ao auxílio à pessoa idosa na aprendizagem relacionada à saúde e à manutenção da independência no cotidiano.

Considerações finais

A análise dos processos de ensino e aprendizagem dos idosos na perspectiva multidimensional do cuidado em saúde permitiu considerar que o desenvolvimento do ensino e a aprendizagem da pessoa idosa, em discurso, é reconhecida como uma necessidade para a promoção da sua saúde, sendo um processo interdisciplinar, no que se refere ao auxílio à pessoa idosa na aprendizagem relacionada à saúde e à manutenção da independência no cotidiano.

Acredita-se na relevância deste estudo, pois, mediante a relação problematizada e dialética da necessidade e da possibilidade, é possível obter novas formas de realizar o atendimento geriátrico-gerontológico, inserindo a dimensão educativa e aliando-a às dimensões clínica, psicossocial, socioambiental e funcional.

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

17

Os processos de ensino e aprendizagem analisados no cuidado em saúde articulam-se na formação da dimensão educativa construindo a educação sobre a saúde, pois possuem interconexão efetiva perante o seu processo dinâmico, para qualificar os saberes da pessoa idosa no seu cuidado em saúde no cotidiano.

Para tal, a sua sistematização deve ser operacionalizada e integrada ao cuidado, junto e com a equipe interdisciplinar, e a pessoa idosa deve ser levada em consideração, com a valorização do seu processo singular de envelhecimento, essência e existência.

Esta pesquisa mostrou algumas limitações no que se refere à construção da dimensão educativa do modelo multidimensional para que se possa ampliar as interações e as associações do ensino dos profissionais de saúde, já que as iniciativas de sua construção devem partir dos próprios participantes do estudo.

Referida conclusão justifica-se, provavelmente devido ao contexto exploratório e descritivo do fenômeno e objeto da pesquisa, o que pressupõe, nos estudos longitudinais, um número maior de participantes e outros cenários do atendimento geriátrico-gerontológico, para que se possa identificar as facilidades/dificuldades no processo da construção da dimensão educativa que promove a e auxilia na manutenção das atividades básicas de vida diária, na funcionalidade e no bem-estar do idoso.

“ O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001”

“This study was financed in part by the Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Finance Code 001”

Referências

- Amthauer, C., & Falk, J. W. (2017). Discursos dos profissionais de saúde da família na ótica da assistência à saúde do idoso. *Revista Fundamental Care Online*. 9(1), 99-105, jan./mar. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2017.v9i1.99-105>.
- Bardin, L. (2016). *Análise de conteúdo*. 3. ed. Lisboa.
- Brasil. (2006). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Envelhecimento e saúde da pessoa idosa*. Brasília: Ministério da Saúde, (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica n. 19).

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

18

- Brasil. (2017). *Estratégia para promoção do envelhecimento saudável*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Egry, E. Y. (1996). *Saúde coletiva: construindo um novo método em enfermagem*. São Paulo: Ícone.
- Fried, L. P., Tangen, C. M., Walston, J., Newman, A. B., Hirsch, C., Gottdiener, J., ... & McBurnie, M. A. (2001). Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 56(3), M146-M157.
- Gil, A. C. (2010). *Métodos e técnicas de pesquisa social*. São Paulo, Atlas.
- Goldin, R. J. (2004). *Princípio do Respeito à Pessoa ou da Autonomia*. Recuperado em 31 janeiro, 2018, de: <https://www.ufrgs.br/bioetica/autonomi.htm>.
- Katz, S. (1963). Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. *JAMA*, 185, 914-919.
- Lawton, M. P., & Brody, M. (1969). H Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living. *The Gerontologist*, 9(3), 179-186.
- Marconi, M. A., & Lakatos, E. M. (2003). *Fundamentos da Metodologia Científica*. 5. ed. São Paulo: Atlas S.A.
- Minayo, M. C. S. (2017). Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. *Revista Pesquisa Qualitativa*, São Paulo-SP, 5(7), 1-12, abr.
- Moraes, E. N., & Moraes, F. L. (2016). *Coleção Guia de Bolso em Geriatria e Gerontologia: Avaliação multidimensional do Idoso*. 5. ed. Belo Horizonte: Folium.
- Mosquera, J. J. M., & Stobäus, C. D. (2006). Auto-imagem, auto-estima e auto-realização: qualidade de vida na universidade. *Psicologia, saúde & doenças*, 7(1), 83-88.
- Nietzsche, E. (2000). *Tecnologia emancipatória: possibilidades ou impossibilidade para a práxis de enfermagem?* Ijuí: UNIJUI.
- OMS. Organização Mundial de Saúde. (2003). *CIF- Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*. São Paulo: Universidade de São Paulo.
- Rey, F. (2005). *Pesquisa qualitativa e subjetividade: o processo de construção da informação*. São Paulo: Pioneira.
- Richardson, R. (2013). *Pesquisa social: métodos e técnicas*. 3. ed. rev e ampl. São Paulo: Atlas.
- Rockwood, K., Song, X., MacKnight, C., Bergman, H., Hogan, D. B., McDowell, I., & Mitnitski, A. (2005). A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. *Canadian Medical Association Journal*, 173(5), 489-495.
- Rodrigues, N. C., Rauth, J., & Terra, N. L. (2010). Gerontologia social. In: RODRIGUES, N. C., RAUTH, J., & TERRA, N. L. *Gerontologia social: para leigos*. 2. ed. rev. e atual. Porto Alegre: EdIPUCRS.
- Silva, J. V. (2009). *Saúde do Idoso: processo de envelhecimento sob múltiplos aspectos*. São Paulo: Iátria.
- Dieter Stobäus, C., & Mourinho Mosquera, J. J. (2017). *Educação e inclusão: Perspectivas desafiadoras*. EDIPUCRS.



Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul
Pró-Reitoria de Graduação
Av. Ipiranga, 6681 - Prédio 1 - 3º. andar
Porto Alegre - RS - Brasil
Fone: (51) 3320-3500 - Fax: (51) 3339-1564
E-mail: prograd@pucrs.br
Site: www.pucrs.br