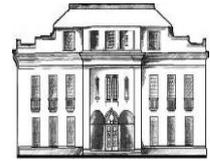




UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
NÚCLEO DE PESQUISA DE FUNDAMENTOS DO CUIDADO DE
ENFERMAGEM – NUCLEARTE/DEF



PAULA CRISTINA DE ANDRADE PIRES OLYMPIO

GERONTOTECNOLOGIA NA ENFERMAGEM:
O EMPREGO DE JOGOS NA EDUCAÇÃO EM SAÚDE COM IDOSOS SOBRE
ENVELHECIMENTO ATIVO E SAUDÁVEL

RIO DE JANEIRO

2015

PAULA CRISTINA DE ANDRADE PIRES OLYMPIO

**GERONTOTECNOLOGIA NA ENFERMAGEM:
O EMPREGO DE JOGOS NA EDUCAÇÃO EM SAÚDE COM IDOSOS SOBRE
ENVELHECIMENTO ATIVO E SAUDÁVEL**

Tese de Doutorado apresentado ao Programa de Pós-Graduação e Pesquisa da Escola de Enfermagem Anna Nery- Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Doutor em Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Fundamentos do Cuidado de Enfermagem (NUCLEARTE) do Departamento de Enfermagem Fundamental.

Orientadora:

Profa Dra Neide Aparecida Titonelli Alvim

RIO DE JANEIRO

2015

O71g Olympio, Paula Cristina de Andrade Pires

Gerntotecnologia na enfermagem: o emprego de jogos na educação em saúde

Com idosos sobre envelhecimento ativo e saudável./ Paula Cristina de Andrade pires Olympio. –Rio de Janeiro: UFRJ/EEAN, 2015.

214f.:il., 30cm

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Neide Aparecida Titonelli Alvim.

Tese (doutorado)- Universidade Federal do Rio de Janeiro- Escola de Enfermagem Anna Nery/ Programa de Pós- Graduação e Pesquisa em Enfermagem, 2015 .

Referência bibliográfica; f.179-199

1. Enfermagem 2. Gerntotecnologia 3. Educação em Saúde I. Alvim, Neide Aparecida Titonelli II. Universidade Federal do Rio de janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery.

CDD: 610.73

**GERONTOTECNOLOGIA NA ENFERMAGEM:
O EMPREGO DE JOGOS NA EDUCAÇÃO EM SAÚDE COM IDOSOS SOBRE
ENVELHECIMENTO ATIVO E SAUDÁVEL**

PAULA CRISTINA DE ANDRADE PIRES OLYMPIO

Tese de Doutorado submetida à Banca Examinadora do Programa de Pós-Graduação e Pesquisa da Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Doutor em Enfermagem.

Rio de Janeiro, 17 de dezembro de 2015.

Avaliado por:

Prof.^a Dr.^a Neide Aparecida Titonelli Alvim– Presidente

Prof.^a Dr.^a Roseane Vargas Rohr- 1º Examinador

Prof.^a Dr.^a Selma Petra Chaves Sá - 2º Examinador

Prof.^o Dr.^o Enéas Rangel Teixeira - 3º Examinador

Prof.^a Dr.^a Maria Luiza de Oliveira Teixeira - 4º Examinador

Prof.^a Dr.^a Graciele Oroski Paes – Suplente

Prof.^a Dr.^a Paulete Maria Ambrósio Maciel - Suplente

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus que sempre esteve ao meu lado me amparando com a sua mão divina! Mesmo quando me sentia só e perdida, o Senhor estava comigo, mostrando a direção certa para seguir pelo melhor caminho! Sinto-me vitoriosa pelo simples fato de estar viva, por ganhar uma nova oportunidade todos os dias de conquistar algo novo e de procurar ser melhor em todos os sentidos. Sou muito agradecida por todas as vitórias que já alcancei na minha vida, das mais difíceis àquelas mais simples, que conquistamos todos os dias.

A minha querida orientadora, Dra Neide Aparecida Titonelli Alvim, sempre perfeita desde o início, que com sua doçura e sabedoria, dedicou-se com paciência e carinho a me ajudar a trilhar os caminhos para conclusão desta tese. O seu dom de ensinar com simplicidade, me fez aprender muito mais do que teoria, aprendi valores humanos para colocar em prática que jamais serão esquecidos. Muito obrigada por tudo e, principalmente, por ser esta pessoa que nos inspira a querer ser a melhor versão de nós mesmos.

A minha eterna professora, Dra Maria Helena Costa Amorim, além de amiga, madrinha e colega de trabalho, você será sempre para mim uma referência de ética e amor pela profissão. Que desde o segundo período da graduação, me acompanhou aconselhando, compartilhando seus conhecimentos, me fazendo sonhar e acreditar que sou capaz. Sabe aquelas poucas pessoas que marcam a nossa vida, que despertam algo especial em nós, que abrem nossos olhos de modo irreversível e transformam a nossa maneira de ver o mundo. Você é uma dessas pessoas!

Aos professores Doutores que compuseram a Banca Examinadora pelas valiosas contribuições em todas as etapas do trabalho da defesa do projeto à defesa final.

A Escola de Enfermagem Anna Nery/Universidade Federal do Rio de Janeiro e a Universidade Federal do Espírito Santo por viabilizar e tornar concreto o projeto de doutoramento interinstitucional entre as universidades, possibilitando a capacitação de vários professores.

Aos colegas mestres e doutores do Departamento de Enfermagem, que aceitaram o desafio e propiciou a liberação de carga horária para o doutoramento, em especial aos professores da disciplina Saúde do Adulto Fabiana Gonring Xavier, Walckiria Garcia

Romero Sipolatti, Lorena Barros Furieri, Karla de Melo Batista, Kallen Dettmann Wandekoken, Fabio Lucio Tavares, Magda Ribeiro de Castro Soares e Daniela Vieira Malta pela força, apoio e incentivo durante todo o período, bem como de terem assumido o ônus de conduzirem a disciplina durante meu afastamento. E também, meus agradecimentos aos funcionários e servidores pelo carinho e atenção dispensada.

À profa. Dra. Paulete Maria Ambrósio Maciel, por ter me confiado à disciplina de gerontologia e, assim, oportunizado meu encontro com esta área importante do cuidado de enfermagem.

A equipe do Centro de Atenção à Pessoa Idosa, Dra Marianni Barros da Cunha, Emanuelle de Andrade Pignaton, Márcia Livina Pacheco Vieira, Alessandra Monteiro Guimarães, Sandra Gonçalo Pereira Clarissa Valadares, Rachel de Freitas Wandekokem e Ranyeli Boldrini Christe da Silva pelo apoio e torcida, em especial ao Dr Roni Chaim Mukamal por acreditar no meu trabalho como enfermeira, permitindo participar da implementação e organização do serviço de geriatria e gerontologia, possibilitando assim ampliar meus conhecimentos nesta área, bem como a viabilização do meu encontro com a UnATI/UFES.

A Universidade Aberta da Terceira Idade pelo acolhimento e confiança na proposta do trabalho, viabilizando todos os caminhos. Muito obrigada a coordenação Profa. Dra. Cenira Andrade de Oliveira, Profa. Dra. Maria das Graças Cunha Gomes e Maria Cristina Vello Pupin, aos acadêmicos do Departamento de Serviço Social estagiários da UnATI que me auxiliaram na pesquisa durante toda as etapas metodológicas: Antônio Vitor, Ângelo, Mariany e Edina, em especial a Juliana Marques Silva, pela dedicação em ajudar em todos os momentos que necessitei. Assim como as acadêmicas de enfermagem Letícia Maria de Oliveira e Sara Magalhães Silva que também me auxiliaram de forma brilhante. Resumindo, agradeço à todos (professores, estagiários e idosos) da UnATI pela calorosa recepção, solidariedade, apoio fazendo-me sentir parte deste grupo desde o primeiro dia. Adoro estar com vocês!!!

Aos idosos participantes deste estudo, pelo acolhimento, carinho, confiança e credibilidade.

O meu profundo agradecimento aos meus pais: Paulo e Eliane, que estiveram ao meu lado incondicionalmente. E naqueles momentos difíceis, sempre me fizeram acreditar que chegaria ao final desta difícil, porém gratificante etapa. Sou eternamente

grata por tudo que me proporcionaram durante a vida: exemplo de vida, conselhos, aconchego, cuidados com meu filho nas minhas ausências, carinho e muito amor.

Aos homens da minha vida: meu esposo Edmar e meus filhos Bernardo e Lorenzo. Este período nos mostrou a verdade sobre nós: Somos uma família! Agradeço meu esposo toda à paciência, por suportar meus momentos de extremo estresse, e por entender e aceitar a pessoa que eu sou com os sonhos que tenho. Ao meu filho Bernardo, pelo carinho, por compreender a minha ausência em alguns momentos e pela preocupação em querer ajudar mesmo com tão pouca idade. Ao Lorenzo, que mesmo na barriga da mamãe, me permitia sentir todo o seu carinho dentro de mim.

A minha irmã e sobrinho, Priscila e João Pedro, pelo carinho e torcida, e principalmente pela ajuda nos momentos de conflito com o computador.

As minhas secretárias, Ana Paula e Rúbia, que me ajudaram cuidado da minha casa e do meu filho durante as minhas ausências e momentos de dedicação total aos estudos.

A realização desta pesquisa não foi um trabalho solitário e contou com a colaboração de várias pessoas, que de forma direta ou indireta contribuíram para sua construção. Sendo assim, quero agradecer a todos familiares e amigos, mesmo que não citados formalmente, o apoio nos momentos tristes e alegres, incentivo e carinho. E mais uma vez agradeço a Deus, que permitiu que todas estas pessoas cruzassem o meu caminho e por esta etapa da minha vida estar em Seus planos, pois de nada adiantaria meus anseios se não fossem também da Sua vontade.

A VITÓRIA

(André Lemmos/Du Oliveira)

Quantas vezes no caminho agente pensou
Ó meu Deus como é difícil vencer,
Mesmo assim nenhum momento alguém desanimou
Sempre procuramos dar de nós o melhor
Todos juntos como se fosse um só
Que bom que a nossa vez chegou!

**Tudo Posso Naquele que me fortalece, basta só confiar...
Saber esperar o Senhor, a Vitória vem do céu do Redentor.**

Obrigado Senhor por realizar nossos sonhos
E guardar os nossos passos pelos palcos da vida
Obrigado Senhor por me dar saúde, o dom e a voz
E abençoar nossos versos
Sei que o seu poder está em nós.



RESUMO

OLYMPIO, Paula Cristina de Andrade Pires. **Gerontotecnologia na enfermagem: o emprego de jogos na educação em saúde com idosos sobre envelhecimento ativo e saudável.** Rio de Janeiro, 2015. Tese (Doutorado em Enfermagem). Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro. 2015.

O objeto se centra na implementação de jogos como uma gerontotecnologia aplicada na discussão com idosos sobre envelhecimento ativo e saudável. Os objetivos são: descrever concepções e práticas de idosos sobre envelhecimento ativo e saudável, visando à construção de uma gerontotecnologia; implementar os jogos como uma gerontotecnologia na discussão com idosos sobre envelhecimento ativo e saudável; avaliar a pertinência da gerontotecnologia implementada na discussão com idosos sobre o tema investigado; e discutir potencialidades desta gerontotecnologia no cuidado de enfermagem. Aplicaram-se os princípios teóricos de Freire e Leininger que proporcionaram uma estrutura na discussão inerente à educação em saúde para a prática de cuidar de si ao idoso na promoção do envelhecimento ativo e saudável, pois ambos contribuem com a construção do cuidado compartilhado concebendo a cultura como essencial no processo de educar e cuidar. Pesquisa qualitativa, exploratória e descritiva, com aplicação do método da pesquisa convergente assistencial. Participaram 32 idosos inseridos na Universidade Aberta da Terceira Idade da UFES em Vitória-ES. Os dados foram produzidos através de entrevistas individuais, técnica de criatividade e sensibilidade do tipo 'Almanaque', discussão em grupo e observação participante. As fases de desenvolvimento da pesquisa foram: sensibilização dos idosos quanto ao estudo, entrevistas individuais, encontros com os grupos de convergência para discussão e implementação da gerontologia, bem como, avaliação pelos participantes e pesquisadora sobre todo o processo. Os dados foram organizados de acordo com as técnicas de produção de dados. Adotou-se a análise de discurso francesa. Os jogos foram elaborados como produto das discussões havidas com os idosos sobre o envelhecimento, considerando o compartilhamento de suas concepções, saberes e práticas no espaço grupal. Os resultados gerados com o desenvolvimento, implementação e avaliação dos jogos confirmaram a Tese de que os jogos se caracterizam como uma gerontotecnologia aplicada ao cuidado de enfermagem, facilitadora do processo educativo grupal na discussão com os idosos sobre o envelhecimento ativo e saudável, agindo como elemento agregador lúdico no exercício da autodeterminação e independência do idoso, potencializador da memória e da autoestima, dos processos de socialização, trocas de experiências e aprendizagem compartilhada. A gerontotecnologia criada e implementada nesta Tese foi encaminhada ao Instituto de Inovação Tecnológica da Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação (INIT/PRPPG) da UFES para solicitação de patente de invenção.

PALAVRAS CHAVES: Enfermagem. Gerontotecnologia. Educação em Saúde.

ABSTRACT

OLYMPIO, Paula Cristina de Andrade Pires. **Gerontotecnology in Nursery: the use of games in health education with seniors on active and healthy aging.** Rio de Janeiro, 2015. Thesis (Doctorate in Nursing). Nursery School. Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro. 2015.

The subject focuses on the implementation of games as a gerontotecnology applied in discussion with seniors about active and healthy aging. The objectives are: describe concepts and nursing practice on active and healthy aging, aimed at building a gerontotecnology; implement the games as a gerontotecnology in discussion with seniors about active and healthy aging; assess the relevance of the implemented gerontotecnology in discussion with seniors about the subject investigated; and discuss potential of this gerontotecnology in the care of nursering .Aplied up the theoretical principles of Freire and Leiningerque provided a structure inherent in the discussion of health education for the practice of self-care for the elderly in the promotion of active and healthy aging,because both contribute to the construction of shared care conceiving culture as essential in the process of educating and care. Qualitative research, exploratory and descriptive, using the method of the convergent analysis. The subjects were 32 elderly inserted at the Open University of the Third Age UFES in Vitória-ES. The data was produced through individual interviews, creativity, technique and sensitivity of type 'Almanac', group discussion and observation participant. As development phases of the research were: awareness elderly at study, individual interviews, meetings with groups convergence for discussion and implementation of gerontology, as well as evaluation by the participants and researcher about the whole process. The data were organized in accordance with the data production techniques. Adopted the French discourse analysis. The games were developed as a product of discussions with the elderly about aging, considering sharing their views, knowledge and practices in the group space. The results generated with the development, implementation and evaluation of games confirmed the thesis that the games characterized as a gerontotecnology aplied to nursing care, facilitating of the group educational process in discussion with seniors about the active and healthy aging, factor adding playful the year of selfdeteminator and independence of the elderly, enhancer of memory and self-esteem, socialization processes, exchange of experiences and shared learning. The gerontotecnology created and implemented in this thesis was submitted to the Innovation Institute of the Dean of Research and Graduate Studies (INIT / PRPPG) UFES for patent request.

KEYWORDS: Nursery. Gerontotecnology. Education Health.

RESUMEN

OLYMPIO, Paula Cristina de Andrade Pires. **Gerontotecnología en enfermería: el uso de juegos en educación para la salud con personas mayores sobre el envejecimiento activo y saludable** Rio de Janeiro, 2015. Tese (Doctorado en Enfermería). Escuela de Enfermería Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro. 2015.

El tema se centra en la puesta en práctica de los juegos como gerontotecnología aplicada en la discusión con personas mayores sobre el envejecimiento activo y saludable. Los objetivos son: describir los conceptos y la práctica de enfermería sobre el envejecimiento activo y saludable, dirigido a la construcción de una gerontotecnología; implementar los juegos con gerontotecnología en la discusión con personas mayores sobre el envejecimiento activo y saludable; Se evaluó también la pertinencia de la gerontotecnología implementadas en la discusión con personas mayores sobre el tema investigado; y discutir el potencial de esta gerontotecnología en el cuidado de enfermería. Aplicar los principios teóricos de Freire y Leininger. Eso proporciona una discusión inherente estructura sobre la educación para la salud para la práctica de autocuidado para los ancianos en la promoción del envejecimiento activo y saludable, ya que ambos contribuyen a la construcción de la atención compartida cultura concebir como esenciales en el proceso de educar y cuidar. Investigación Cualitativa, exploratorio y descriptivo, utilizando el método del análisis convergente. Los sujetos fueron 32 ancianos inseridos en La Universidad Abierta de la Tercera Edad UFES en Vitória-ES. Los datos se produce a través de entrevistas individuales, la creatividad, la técnica y la sensibilidad del tipo 'Almanaque', grupos de discusión y participante. La observación de fases de desarrollo de la investigación fueron: conciencia ancianos en estudio, entrevistas individuales, reuniones con grupos convergencia para la discusión e implementación de y también la gerontología, la evaluación por los participantes y investigación del proceso. Los datos se organizan de acuerdo con las técnicas de producción de datos. Adoptado el análisis del discurso francés. Los juegos fueron desarrollados como un producto de las discusiones con los ancianos sobre el envejecimiento, considerando compartir sus puntos de vista, conocimientos y prácticas en el espacio de grupo. Los resultados generados con el desarrollo, implementación y evaluación de los juegos confirmaron la tesis de que los juegos se caracterizan como gerontotecnología aplicada a los cuidados de enfermería, facilitando de proceso educativo de grupo en la discusión con personas mayores sobre el envejecimiento activo y saludable, actuando como elemento agregador lúdico en el ejercicio de la libre determinación y la independencia de las personas mayores, potenciador de la memoria y autoestima, los procesos de socialización, intercambio de experiencias y el aprendizaje compartido. Los gerontotecnología creados e implementados en esta tesis se presentó al Instituto de Innovación del Decano de Investigación y Estudios de Posgrado (INIT / PRPPG) UFES de solicitud de patentes..

PALABRAS CLAVES: Enfermería. Gerontotecnología. Educación en Salud.

LISTA DE SIGLAS

HUCAM - Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes

CAPI - Centro de Atenção à Pessoa Idosa

UFES - Universidade Federal do Espírito Santo

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

PNAD - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

PNSI - Política Nacional de Saúde do Idoso

SUS - Sistema Único de Saúde

OMS - Organização Mundial de Saúde

AVD - Atividades da Vida Diária

AIVD - Atividades Instrumentais da Vida Diária

ILPIs - Instituição de Longa Permanência para Idosos

OPAS - Organização Pan-Americana de Saúde

PNSPI - Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa

CIPE® - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

NIC - Classificação de Intervenções de Enfermagem

NUCLEARTE - Núcleo de Pesquisa de Fundamentos do Cuidado de Enfermagem

ONU - Organização das Nações Unidas

LOAS - Lei Orgânica da Assistência Social

PNI - Política Nacional do Idoso

PCA - Pesquisa Convergente Assistencial

UnATI - Universidade Aberta da Terceira Idade

CCJE Centro de Ciências Jurídicas e Econômicas (),

ED - Edifício

SEMUS - Secretaria Municipal de Saúde de Vitória

ABVDs - Atividade Básicas da Vida Diária

AIVDs - Atividades Instrumentais da Vida Diária

MEEM - Mini Exame do Estado Mental

TCS - Técnica de Criatividade e Sensibilidade

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

AD - Análise Discurso

EEAN - Escola de Enfermagem Anna Nery

HESFA - Hospital Escola São Francisco de Assis

UFRJ - Universidade Federal do Rio de Janeiro

TE - Tecnologias Educacionais

TA – Tecnologias Assistenciais

INIT/PRPPG - Instituto de Inovação Tecnológica da Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação

IMC - Índice de Massa Corpórea

NSI - *Nutrition Screening Initiative*

LISTA DE FIGURA

Figura nº 01-	Cartazes educativos vinculados por instituições e órgãos da saúde.....	34
Figura nº 02-	Gráfico-síntese da formação dos grupos de convergência. Vitória/ES. Out-Nov 2014.....	73
Figura nº 03-	Apresentação-Síntese das produções artísticas dos grupos de convergência produzidas no 1º encontro. Vitória/ES. Out-Nov 2014.....	76
Figura nº 04-	Aplicação dos jogos nos grupos de convergência no 3º encontro. Vitória/ES. Out-Nov 2014.....	79
Figura nº 05-	Apresentação-Síntese das produções artísticas dos grupos de convergência produzidas no 4º encontro. Vitória/ES. Out-Nov 2014.....	80
Figura nº06 -	Cartas do jogo utilizadas para determinar qual participante irá mover a peça (1a), quantas casas irão percorrer no tabuleiro (1b) ou se o participante ficará uma rodada sem jogar (1c). Total de 21 cartas. Vitória/ES. Out-Nov 2014.....	137
Figura nº 07-	Peças do jogo. Total de 6, sendo 3 representando a pessoa idosa do sexo masculino e 3 a pessoa idosa do sexo feminino. Vitória/ES. Out-Nov 2014.....	138
Figura nº08-	Tabuleiro do jogo contendo as casas que serão percorridas (3a), sendo que algumas podem oferecer ônus ou bônus para o participante (3b). Vitória/ES. Out-Nov 2014.....	139
Figura nº 09-	Representação da peça inteira do conjunto de imagens. Vitória/ES. Out-Nov 2014.....	142
Figura nº 10-	Peças com as imagens. Total de 27 pares. Vitória/ES. Out-Nov 2014.....	143
Figura nº 11-	Cartão contendo as respostas dos 27 pares de imagens. Vitória/ES. Out-Nov 2014.....	144
Figura nº 12-	Representação dos pequenos blocos com diferentes formas em cada bloco foi colada uma gravura. Vitória/ES. Out-Nov 2014.....	147

Figura nº 13-	Quebra-cabeça montado com a ilustração da gravura no seu todo. Vitória/ES. Out-Nov 2014.....	147
Figura nº 14-	Ficha guia com cópia da ilustração da gravura no seu todo. Vitória/ES. Out-Nov 2014.....	148
Figura nº 15-	Cartela de resposta do participante contendo 5 respostas diferentes e 1 imagem relacionada ao tema. Vitória/ES. Out-Nov 2014.....	152
Figura nº 16-	Representação da ficha de perguntas enumeradas com suas respectivas respostas. Total de 36 perguntas. Vitória/ES. Out-Nov 2014.....	152
Figura nº 17-	Representação do processo dinâmico do cuidado ao idoso por meio de uma gerontotecnologia educacional centrado no ser envelhecete.....	178

LISTA DE QUADROS

Quadro nº 01-	Síntese das etapas de produção de dados da pesquisa. Vitória/ES. Out-Nov 2014.....	69
Quadro nº 02-	Participação dos integrantes do grupo a cada etapa da produção de dados. Vitória/ES. Out-Nov 2014.....	72
Quadro nº 03-	Materialidade linguística para transcrição dos discursos.....	82
Quadro nº 04-	Características sócio-demográficas dos participantes por grupo. Vitória/ES. Out-Nov 2014.....	88
Quadro nº 05-	Tipo da atividade física e de lazer/social dos participantes. Vitória/ES. Out-Nov 2014.....	95
Quadro nº 06-	Frequência e observações da pesquisadora quanto à forma de participação dos sujeitos nos encontros do Grupo1 (feminino). Vitória/ES. Out-Nov 2014.....	101
Quadro nº 07-	Frequência e observações da pesquisadora quanto à forma de participação dos sujeitos nos encontros do Grupo2 (feminino). Vitória/ES. Out-Nov 2014.....	102
Quadro nº 08-	Frequência e observações da pesquisadora quanto à forma de participação dos sujeitos nos encontros do Grupo3 (misto). Vitória/ES. Out-Nov 2014.....	103

LISTA DE TABELA

Tabela nº 01-	Caracterização sociodemográfica dos idosos participantes. Vitória/ES. Out-Nov 2014.....	87
Tabela nº 02-	Caracterização dos problemas de saúde dos participantes. Vitória/ES. Out-Nov 2014.....	92
Tabela nº 03-	Atividade física e de lazer/social dos participantes. Vitória/ES. Out-Nov 2014.....	94
Tabela nº 04-	Apresentação da variável atividade física e de lazer/social dos participantes. Vitória/ES. Out-Nov 2014.....	98
Tabela nº 05-	Participação dos idosos em atividades educativas sobre envelhecimento ativo e saudável com práticas lúdicas. Vitória/ES. Out-Nov 2014.....	99

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	21
1 Aproximação com o tema e a problemática do estudo.....	21
Objeto da tese.....	37
Questões norteadoras.....	37
Objetivos.....	38
2 Justificativa do estudo e contribuições para a enfermagem.....	38
CAPÍTULO I - REFERENCIAL TEÓRICO-CONCEITUAL DA TESE.....	46
1.1 Políticas Públicas de Atenção à Saúde do Idoso no Brasil e as perspectivas internacionais.....	46
1.2 Teoria Cultural do Cuidado de Enfermagem e sua aplicação na tese.....	51
1.3 Pedagogia problematizadora aplicada à educação em saúde com idosos.....	53
1.4 O lúdico no processo de educação em saúde.....	56
CAPÍTULO II - CAMINHO METODOLÓGICO.....	60
2.1 Tipo de pesquisa.....	60
a) Fase de Concepção.....	61
b) Fase de Instrumentação.....	63
b.1) Espaço.....	63
b.2) Participantes.....	66
b.3)Técnicas de produção de dados.....	68
c) Fase de Perscrutação.....	70
c.1) Primeira etapa: entrevistas individuais com os sujeitos.....	70
c.2)Segunda etapa: desenvolvimento dos grupos de convergência.....	72

c.3) Terceira etapa: desenvolvimento das rodas de conversa nos grupos de convergência.....	74
d) Organização, Análise e Interpretação dos dados.....	81
2.2 Implicações éticas.....	83
2.3 Critérios de Confiabilidade dos Resultados.....	84
CAPÍTULO III - CONTEXTO DE PRODUÇÃO DO DISCURSO DOS PARTICIPANTES.....	85
3.1 Formação e desenvolvimento dos grupos de convergência.....	86
CAPÍTULO IV - CONCEPÇÕES E PRÁTICAS DE IDOSOS SOBRE ENVELHECIMENTO ATIVO E SAUDÁVEL DESVELADOS NO PROCESSO DE EDUCAÇÃO GRUPAL	105
4.1 Ser ativo e saudável na velhice.....	107
4.1.1 <i>Cuidados com o corpo</i>	107
4.1.2 <i>Relações interpessoais</i>	114
4.1.3 <i>Autopercepção de saúde e imagem</i>	116
4.2 O idoso e o cuidado de si na promoção do envelhecimento ativo e saudável.....	120
4.2.1 <i>Cuidados com a saúde mental</i>	120
4.2.2 <i>Se independente e autônomo</i>	129
CAPÍTULO V - JOGOS EDUCATIVOS: UMA GERONTOTECNOLOGIA APLICADA À PROMOÇÃO DO ENVELHECIMENTO ATIVO E SAUDÁVEL.....	131
5.1 Re (Criação) e Aplicação de Jogos na Educação em Saúde com Idosos.....	133
5.1.1 Corrida para o envelhecimento saudável: o jogo do tabuleiro.....	135
5.1.2 Jogo de memorização sobre o envelhecimento.....	141
5.1.3 Quebra-cabeça gerontológico educativo.....	146

5.1.4	Bingo da alimentação saudável.....	150
CAPÍTULO VI – PERTINÊNCIA, POTENCIALIDADES E LIMITAÇÕES DA GERONTOTECNOLOGIA IMPLEMENTADA NA DISCUSSÃO COM IDOSOS SOBRE ENVELHECIMENTO ATIVO E SAUDÁVEL.....		
		155
6.1	Implementação e avaliação da gerontotecnologia nos grupos de convergência.....	155
6.2	Potencialidades da gerontotecnologia no cuidado de enfermagem.....	162
6.3	Limitações da gerontotecnologia no cuidado de enfermagem.....	168
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....		170
REFERÊNCIAS.....		180
	ANEXO A: Mini Exame do Estado Mental.....	201
	ANEXO B: Avaliação das Atividades Básicas de Vida Diária.....	202
	ANEXO C: Avaliação das Atividades Instrumentais de Vida Diária.....	203
	ANEXO D: Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem Anna Nery/Hospital Escola São Francisco de Assis, da Universidade Federal do Rio de Janeiro (CEP/EEAN/HESFA).....	204
	ANEXO E: Solicitação de Patente de Invenção.....	207
	APÊNDICE A: Instrumento de identificação.....	208
	APÊNDICE B: Roteiro para conduzir a discussão/reflexão grupal.....	210
	APÊNDICE C: Roteiro para observação participante.....	211
	APÊNDICE D: Roteiro para conduzir a avaliação.....	213
	APÊNDICE E: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	214

INTRODUÇÃO

1. Aproximação com o tema e a problemática do estudo

Minha trajetória junto ao ser humano envelhecendo iniciou de vivências pessoais em um ambiente familiar de crescente valorização e respeito à pessoa idosa, influenciando minha escolha profissional.

Ao me graduar em enfermagem no ano de 2005, fui convidada a estruturar um serviço de assistência domiciliar que tinha como principais beneficiários sujeitos idosos. Foi a partir desse momento que efetivamente iniciei o meu trabalho na área de gerontologia, conquista essa que tanto almejava desde o meu ingresso no curso de graduação. Em seguida, iniciei o mestrado em Atenção à Saúde Coletiva e pude compreender melhor as políticas públicas de saúde, ampliar e adquirir novos conhecimentos.

Em 2008, ingressei no magistério superior como enfermeira-docente. No transcurso desta prática tenho ministrado a disciplina de Gerontologia em Enfermagem e desenvolvido projetos de extensão junto a idosos com a participação de alunos de graduação. Além disso, em 2013, fui convidada pelo Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes (HUCAM) a organizar o ambulatório de geriatria e gerontologia, no qual coordeno atualmente o Serviço de Gerontologia do Centro de Atenção à Pessoa Idosa, da Universidade Federal do Espírito Santo (CAPI-UFES).

Neste ambulatório atuo como enfermeira na assistência ao idoso com realização de consultas e atividades educativas e, como docente, integralizando serviço-ensino-pesquisa-extensão com a inserção de acadêmicos de enfermagem nesse ambiente. Estas atividades junto à equipe multidisciplinar tem-me proporcionado ampliar

conhecimentos na área da saúde do idoso, integrar teoria e prática e aproximá-los às reais necessidades dessa população.

A heterogeneidade entre idosos, desde a influência dos fatores extrínsecos até a amplitude faixa etária que compõe a terceira idade, torna difícil definir ‘envelhecimento’ e por isso adotou-se o conceito de envelhecimento normativo que representa o processo natural de desenvolvimento em fases avançadas da vida. Este pode ser dividido em dois tipos: *primário*, que é universal, presente em todas as pessoas, geneticamente determinado ou pré-programado que resulta do somatório de alterações orgânicas, funcionais e psicológicas próprias do processo do envelhecimento normal; e *secundário*, resultado de algumas influências externas e variável entre indivíduos em diferentes meios. Seria decorrente de fatores cronológicos, geográficos e culturais (PAPALEO NETTO, 2013).

As questões referentes à velhice e ao processo de envelhecimento têm despertado cada vez mais interesse por parte de profissionais e estudiosos, de diferentes campos de conhecimento e intervenção, assim como da sociedade de um modo geral, em função do acelerado processo de envelhecimento populacional que vem ocorrendo em vários países, inclusive no Brasil. Estudos apresentados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (2010) confirmam este fenômeno em nosso país. Em 1970, o percentual da população idosa sobre a população total era de 5,06 %; em 1980, de 6,06 %; em 1990, de 7,06%; e, em 2000, corresponde a 8,06%, com estimativa para 2025 de 15%.

É possível dizer que isto se deve, basicamente, à redução da taxa de natalidade e ao aumento da expectativa de vida, proporcionada por inúmeros avanços tecnológicos em saúde em diversos campos científicos, como a medicina e a farmacologia, além das inúmeras ações realizadas em prol da saúde humana, ampliação do acesso a serviços

médicos preventivos e curativos, da cobertura de saneamento básico, água encanada, esgoto, aumento da escolaridade, da renda, entre outros determinantes sociais.

Dados levantados mais recentemente pela Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) (2011), do IBGE, confirmam esta realidade. Está ocorrendo um crescimento da população dos mais idosos, sendo 10.473 milhões (44,5%) com 70 ou mais, 5.623 milhões (23,9%) entre 65 a 69 anos e 7.440 milhões (31,6%) entre 60 a 64 anos. Destaca-se também o aumento do número de idosos centenários; hoje existem 24 mil idosos com 100 anos ou mais. Acredita-se que o país será, em 2025, o sexto do mundo em número absoluto de idosos, totalizando 33,8 milhões de indivíduos nesta faixa etária, com sua proporção evoluindo de 2,7% para 14,7% da população (VERAS, 2007).

Como se percebe o envelhecimento demográfico brasileiro vem se intensificando e tornando-se um grande desafio para o estabelecimento de políticas públicas que possam garantir uma vida digna aos idosos. Com a maior sobrevivência da população, vem ocorrendo uma modificação nos perfis de mortalidade e morbidade; enfermidades infecciosas agudas típicas da infância passam a ter menor destaque em relação às doenças crônico-degenerativas, sobretudo de origem cardiovascular, que incidem principalmente sobre os idosos (IBGE, 2002). Sendo assim, novas demandas requerem respostas das políticas sociais envolvendo o Estado e a sociedade, implicando novas ações de cuidado, em especial de cuidados prolongados e a atenção domiciliar.

Todos os anos 650 mil novos idosos em média são incorporados à população brasileira em sua maior parte com doenças crônico-degenerativas e alguns com limitações funcionais. Em menos de 40 anos, passamos de um cenário de mortalidade próprio de uma população jovem para um quadro de enfermidades comuns do

envelhecimento, como as doenças crônicas, as quais possuem exigência de cuidados constantes, medicação contínua e exames periódicos (VERAS, 2007).

Segundo dados do Ministério da Saúde (BRASIL, 2010), as 22¹ doenças do aparelho cardiocirculatório representam, na população em geral, a principal causa de óbitos no país (31,5%) e em todas as regiões, seguidas pelas neoplasias (15,3%), causas externas (14,9%) e doenças do aparelho respiratório (11,2%). Dentre as doenças cardiocirculatórias mais comuns no envelhecimento está a hipertensão arterial. Segundo pesquisa, 48,9% dos idosos sofrem de mais de uma doença não transmissível, sendo que a hipertensão atinge 50% dos idosos (IBGE, 2010).

A população de idosos constitui um grupo de maior risco para o aparecimento das doenças degenerativas em geral, além de apresentar maior número de comorbidades. Este aumento de idosos na população implica, em termos de utilização dos serviços de saúde, cuidado adequado às especificidades deste grupo humano e por longo tempo. É necessário, por conseguinte, que os profissionais de saúde se familiarizem cada vez mais com as modificações estruturais, funcionais e hemodinâmicas, assim como, com as culturais, sociais e econômicas relacionadas ao envelhecimento, a fim de melhor conduzir à terapêutica e o tratamento desse grupo social. O idoso apresenta características próprias na manifestação das doenças, na resposta à terapêutica e no efeito colateral dos medicamentos.

¹ Febre reumática aguda, doença reumática crônica do coração, doença hipertensiva, angina pectoris, infarto agudo do miocárdio, doenças isquêmicas do coração, doença cardíaca pulmonar, pericardite aguda, endocardite aguda e subaguda, transtornos não-reumáticos de valva mitral, transtornos não-reumáticos de valva aórtica, transtornos não-reumáticos de valva tricúspide, transtornos de valva pulmonar, doenças cerebrovasculares, miocardite aguda, doenças vasculares periféricas, embolia e trombose arterial, cardiomiopatias, bloqueio atrioventricular e de ramo esquerdo, taquicardia paroxística, flutter e fibrilação arterial, outras arritmias cardíacas, insuficiência cardíaca, aterosclerose, aneurisma de aorta.

De acordo com os conceitos gerontológicos o idoso que mantém a sua autodeterminação, sem necessitar de nenhum tipo de ajuda ou supervisão para realizar seus afazeres diários, é considerado um idoso saudável, ainda que possua uma ou mais doenças crônico-degenerativas (CREUTZBERG; THOBER; VIEGAS, 2005. p. 439).

O termo “saúde” refere-se ao bem-estar físico, mental e social, como definido pela Organização Mundial da Saúde. Portanto, o bem-estar na velhice, ou saúde em um sentido amplo, seria o resultado do equilíbrio entre as várias dimensões da capacidade funcional do idoso (saúde física, saúde mental, independência na vida diária, integração social, suporte familiar e independência econômica), sem necessariamente significar ausência de problemas em todas as dimensões (RAMOS, 2003).

A promoção do envelhecimento saudável e a manutenção da máxima capacidade funcional do indivíduo que envelhece, pelo maior tempo possível foram assumidas como propósito basilar da Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI) (BRASIL, 1999). Isto posto, significa a valorização da autonomia ou autodeterminação e a preservação da independência física e mental do idoso.

O sentido de promoção do envelhecimento saudável neste documento compreende: o desenvolvimento de ações que orientem os idosos e os indivíduos em processo de envelhecimento quanto à importância da melhoria constante de suas habilidades funcionais, mediante a adoção precoce de hábitos saudáveis de vida e a eliminação de comportamentos nocivos à saúde. Dentre os hábitos saudáveis deverão ser destacados, por exemplo, a alimentação adequada e balanceada, prática regular de exercícios físicos, convivência social estimulante, atividade ocupacional prazerosa e mecanismos de atenuação do estresse. Em relação aos hábitos nocivos merecem destaque o tabagismo, o alcoolismo e a automedicação (BRASIL, 1999). É ressaltada a

importância de processos informativos e educativos continuados no Sistema Único de Saúde (SUS) e campanhas para estimular comportamentos saudáveis.

Em 2002, a Organização Mundial de Saúde (OMS) publicou orientações sobre o envelhecimento ativo como diretrizes para a política de saúde baseada em três pilares básicos: saúde, participação e segurança. O objetivo do envelhecimento ativo é aumentar a expectativa de vida saudável e a qualidade de vida para todas as pessoas que estão envelhecendo, inclusive as que são frágeis, fisicamente incapacitadas e que requerem cuidados (OMS, 2005). O conceito pretende transmitir uma mensagem mais inclusiva do que o termo “envelhecimento saudável”, já que considera participação como engajamento continuado na vida, mesmo que eventualmente limitado ao espaço doméstico ou coexistente com algum nível de incapacidade.

Considerando a importância dos conceitos envelhecimento saudável e envelhecimento ativo, e que ambos se complementam, optou-se nesta tese pela adoção do termo envelhecimento saudável e ativo, atribuindo-lhe o sentido de engajamento ativo do idoso na vida, no plano das relações interpessoais, no âmbito de uma atividade produtiva e prática de hábito saudável.

Nas pessoas idosas é importante avaliar seu estado de saúde, sobretudo segundo uma compreensão pessoal e subjetiva. Dentre outras particularidades, cada idoso possui a sua história de vida, com seu grau de independência funcional e com demanda por serviços mais ou menos específicos, de forma diferenciada e individualizada. Contudo, todos necessitam de avaliação profissional pautada no conhecimento do processo de envelhecimento e de suas peculiaridades e adaptada à realidade sociocultural em que estão inseridos. As intervenções devem ser feitas com vistas à promoção da autonomia e independência da pessoa idosa, a estimulando ao autocuidado (BRASIL, 2011).

O idoso deve ser avaliado quanto ao seu estado cognitivo, afetivo, funcional, físico e comportamental. A sua capacidade funcional refere-se à capacidade de manter as habilidades físicas e mentais necessárias para uma vida independente e autônoma (CREUTZBERG; THOBER; VIEGAS, 2005). Para avaliá-la, observa-se sua capacidade de cuidar de si e de entender as necessidades básicas e atividades da vida diária (AVD) que incluem a capacidade para alimentar-se, transferir-se, vestir-se, banhar-se, ter continência e usar o banheiro. Os cuidados durante o processo de doença apresentam relação com o grau de dependência nas realizações dessas atividades de vida diária, compreensão da doença e modos de se cuidar.

Atividades como preparar as refeições, lavar roupa, usar o telefone, cuidar de casa, usar o transporte, controlar o dinheiro e os medicamentos, estão relacionadas com ações mais complexas denominadas atividades instrumentais da vida diária (AIVD) (DIOGO, 2000). Há também a avaliação de atividades consideradas de alta complexidade, revelando que o indivíduo que as pratica tem um nível de atividade aumentado, que na maioria dos casos demonstra uma melhor qualidade de vida. Dentre estas, incluem: dirigir automóvel, praticar esportes, realizar atividades manuais, andar de bicicleta, tocar instrumento musical, viajar, participar de serviços comunitários e de atividades políticas (FONSECA; RIZZOTTO, 2008).

Entretanto, inúmeras são as dificuldades encontradas pelos idosos para manter um padrão de envelhecimento saudável, tais como, a precariedade ou demora do acesso à saúde, a deficiência de informação e hábitos adquiridos ao longo da vida (LEONARDT; HAMMERSCHMIDT; BORGHI; VACCARI; SEIMA, 2008).

Os idosos possuem significados próprios e hábitos de vida peculiares que abrangem alimentação, higiene, conforto, lazer, vida espiritual e objetos pessoais. Nessa faixa etária, os hábitos tornam-se mais evidentes e pode-se dizer que estão cristalizados

no seu cotidiano como parte significativa da sua própria vida (LEONARDT; HAMMERSCHMIDT; BORGHI; VACCARI; SEIMA, op. cit.).

É fundamental o reconhecimento do potencial do idoso para manutenção e desenvolvimento de suas habilidades, incentivando-o à busca do envelhecer ativo e saudável. Considera-se, desta feita, o idoso como ser capaz de aprender, ensinar e trocar experiências, objetivando a manutenção da sua autonomia, tornando-o parceiro ativo e corresponsável no processo de atenção à saúde.

Nos diferentes cenários em que tenho tido a oportunidade de atuar (domiciliar, centro de convivência, instituição de longa permanência para idosos (ILPIs), ambulatório), observo que por muitas vezes as orientações ao idoso não são totalmente internalizadas por ele, por valorizarem outras práticas culturalmente construídas no seu cotidiano de vida comum, nem sempre congruentes com o saber acadêmico profissional.

Tal situação ocorre via de regra quando o profissional estabelece uma relação de cuidado verticalizada, caracterizada pela transferência de informações de quem sabe (o educador - profissional) a quem pouco ou nada sabe (o cliente – educando). Nessa direção, o cuidado é prescritivo, conduzido de forma linear, técnica e mecanizada, direcionado *para* alguém e não *a* (junto com) alguém. Ao adotar esta atitude, o profissional de saúde, no caso, o enfermeiro, ignora ou deixa de conferir importância às experiências e conhecimentos prévios do indivíduo como se o concebesse ou o comparasse a um recipiente vazio, sem conteúdo, nos dizeres de Freire (2013c).

Além disso, esse profissional quase sempre foca suas ações no controle da doença, com práticas que consistem em ministrar prescrições comportamentais imperativas: não fume, não beba, não transe sem camisinha, use cinto de segurança, não coma em excesso. A liberdade das pessoas está cerceada por imperativos de origens

institucionais, visando à manutenção da saúde (BOEHS; MONTICELLI; WOSNY; HEIDEMANN; GRISOTTI, 2007).

A criação de estratégias para promoção e manutenção do envelhecimento ativo e saudável em um contexto geral, portanto, não restritas ao universo da doença, fica limitada. As intervenções técnicas e de controle da doença tomam lugar de destaque, ficando em segundo plano as ações educativas no âmbito geral do ser. Pode-se observar a existência de diferentes ações direcionadas à população idosa como o controle da hipertensão, da diabetes, do câncer e de muitas outras patologias crônicas, mas de modo geral não intencionam intervir no processo natural do envelhecimento.

Isso se deve a lógica do modelo biomédico enraizado nas concepções dos profissionais de saúde, na qual os saberes e práticas dos sujeitos de cuidado não são considerados ou valorizados no contexto geral da assistência. Ainda que haja iniciativas de inseri-los no cuidado, o modelo é verticalizado, não viabilizando a sua participação com autonomia, já que esta exige tomada de consciência da situação (TEIXEIRA; FERREIRA, 2009).

O que se percebe, de forma geral, é que as mudanças em curso têm fomentado os profissionais de saúde a buscarem outros referenciais além dos biológicos, já que se reconhece que as ações necessárias para a adesão a tratamentos e cuidados, a longo prazo, estão profundamente imbricadas com a cultura, ou seja, com os estilos de vida, hábitos, rotinas e rituais na vida das pessoas. Neste sentido, é importante, antes de tudo, reconhecer a diversidade da cultura do cliente, a saúde-doença como processo sociocultural e as experiências dos atores envolvidos (BOEHS; MONTICELLI; WOSNY; HEIDEMANN; GRISOTTI, 2007).

Envelhecer é um processo fisiológico e integra o desenvolvimento do ser humano, porém, é necessário reconhecer suas peculiaridades para que se possa intervir

no que faz ou não parte desse processo, assim como ações adaptadas à realidade sociocultural em que estão inseridos, ajudando-os a manter um envelhecimento ativo e saudável mesmo na presença de uma doença.

Se, há limites por parte do profissional em estabelecer uma relação facilitadora do diálogo no processo de educação em saúde, há, também, aqueles limites próprios do idoso. Assim como acontece com outros sujeitos do cuidado, ele se posiciona de forma a não questionar as orientações que lhe são prestadas. Neste lugar, ou ele opta por ouvir passivamente os conhecimentos e informações advindas do profissional, cultuando o silêncio (FREIRE, 2011), ou ele opta pela reprodução dos ensinamentos destes profissionais. Uma ou outra posição pode resultar em prejuízos na relação do cuidado e no cuidado em si verdadeiramente assumido e mantido pelo sujeito, no caso, o idoso.

Isto porque, ao adotar a cultura do silêncio, não significa necessariamente que o idoso esteja apreendendo os conhecimentos que lhe estão sendo transferidos, mas tão somente porque não deseja ou não se sente capaz de questionar o profissional por considerar tais conhecimentos superiores aos seus, entendendo, por conseguinte, que não teria condições de manter o diálogo, ou mesmo, pelo receio de que possa de algum modo incomodá-lo. Assim, sente-se aprisionado ou persuadido pelo profissional, detentor de saber, portanto de poder sobre o idoso, mantendo uma relação opressor-oprimido. Este silenciamento pode também representar a opção do idoso por manter seus hábitos de vida e saúde, decidindo pela antimudança (FREIRE, 2008).

Na segunda hipótese, ao optar pela reprodução dos cuidados prestados/prescritos, se apropriando por vezes de linguagem própria do saber técnico-científico, tal postura não garante que o idoso, ainda que independente nas suas ações de cuidado de si consiga realizá-las, tanto as relativas à adoção de bons hábitos alimentares

e a outras ações importantes à manutenção do envelhecimento ativo e saudável, quanto àquelas pertinentes ao controle das complicações de sua doença e de medicamentos.

Isto porque, esta condição passa pela necessária tomada de consciência, somente viável pelo processo de crítica e reflexão, através do diálogo, possibilitando ao idoso refletir sobre a ação a fim de transformá-la, bem como também condições físicas e cognitivas para realizar essas informações. Para o alcance da transitividade da consciência, de ingênua a crítica, mister situar o idoso no processo de cuidado. Ou seja, entender-se e entendê-lo como sujeito ativo neste processo, portanto, possuidor de crenças, valores, sentimentos e desejos. Há, também, a hipótese de que, ainda que tenha a consciência, opte por hábitos não saudáveis de vida e de saúde.

Muitas vezes o profissional estabelece suas ações pautadas no antidiálogo, em que a unilateralidade da relação profissional-idoso reflete situações de dominação, silêncio e hierarquia. Não existindo, pois, por parte do profissional respeito à autonomia, à dignidade e à identidade do idoso, não reconhecendo, assim, a importância dos seus conhecimentos de experiência feita por não considerar as condições em que eles vêm existindo.

As estratégias e ações de cuidado devem estimular o outro à transformação de sua realidade, para nela intervir, recriando-a. Neste caso, o sujeito educando deixa de ser passivo e passa a ser ativo nos seus cuidados, tornando-se crítico, epistemologicamente curioso, que constrói o conhecimento do objeto ou participa de sua construção. Para Freire (2013b), toda prática educativa demanda a existência de sujeitos, um que, ensinando, aprende, outro que, aprendendo, ensina, daí o seu cunho gnosiológico.

Somente através da educação dialógica, viabiliza-se encontro verdadeiro de sujeitos, para refletir sobre o mundo, sobre o que sabem e o que não sabem. É de

fundamental importância respeitar os saberes socialmente construídos pelos idosos em sua prática, discutir com eles a razão de ser de alguns saberes em relação aos saberes técnico-científicos, estabelecendo uma intimidade entre aqueles oriundos do senso comum com os científicos.

Para Freire (2013b) é escutando que aprendemos a falar *com* eles, o que significa ter disponibilidade permanente por parte do sujeito que escuta para a abertura à fala do outro, ao gesto do outro, às diferenças do outro. Nesse sentido, escutar o idoso em suas dúvidas, em seus receios é aprender a falar *com* ele, não mais priorizando a postura autoritária de falar de cima para baixo com discursos verticalizados, mas concebendo uma prática assistencial pautada em uma educação dialógica humanista-libertadora.

A multidimensionalidade do diálogo permite vislumbrar uma prática pedagógica inovadora, fundada em princípios e em diretrizes que conflituam com a pedagogia bancária, uma pedagogia antidialógica que tudo isola/dividi/dicotomiza, para qual a educação é o ato de depositar, de transferir, de transmitir valores e conhecimentos para aprendizes passivos. Assim, “quanto mais se lhes imponha passividade, tanto mais ingenuamente, em lugar de transformar, tendem a adaptar-se ao mundo, à realidade parcializada nos depósitos recebidos” (FREIRE, 2013c, p.82). A consequência dessa educação é o favorecimento de uma cultura do silêncio, na qual os indivíduos dominados perdem os meios de responder criticamente ao conhecimento imposto a eles pela cultura dominante.

Nesse sentido, quando o profissional de saúde opta e prescreve sua opção, permite apenas que os idosos sigam o prescrito sem a preocupação da escuta, de saber o que o idoso está pensando. E assim ambos, seguem acomodando-se ou ignorando, porém mantendo uma educação autoritária onde o saber de um se opõe antagonicamente ao saber do outro. Um profissional que pratica a educação em saúde na concepção

bancária sempre agirá com base nos conceitos de que é ele que sabe o que é melhor e o sujeito, no caso, o idoso, não sabe nada, cabendo ao profissional transmitir as informações sobre o que se deve ou não fazer para realização de cuidados relacionados a uma doença ou suas complicações, como a diabetes, hipertensão, sarcopenia e outros.

Seguindo outra direção, “é importante que a enfermagem na prática da educação em saúde considere o modo de viver individual e coletivo das pessoas, respeitando suas concepções e práticas de vida e de saúde, incluindo todo o seu sistema simbólico”. E assim, ampliando a participação do sujeito cuidado como corresponsável pelas ações de saúde (ALVIM; FERREIRA, 2007, p. 318).

Quando todos os envolvidos têm igual direito de expressão, torna-se possível assumir o seu lugar no cuidado de si, conferindo-lhe a condição de sujeito. Sobre isto, Valla (2000, p.15) analisa que “Os saberes da população são elaborados sobre a experiência concreta, a partir das suas vivências, que são vividas de uma forma distinta daquela vivida pelo profissional”. Outrossim, o acesso a informações sobre como se cuidar também é um direito e se impõe como uma questão ética do cuidado. Nesse sentido, há que se pensar em espaços onde os sujeitos possam opinar, discutir, questionar e decidir sobre o que pensa e o quer para si.

Atualmente existem, principalmente na atenção primária, ações de saúde com grupos de idosos. Porém, direcionadas a importantes conjuntos de doenças que acometem essa população quanto à prevenção das mesmas e de suas complicações. Essa realidade biomédica e reducionista por parte dos profissionais de saúde é alimentada por ações como campanhas para grupos de hipertensos e diabéticos, campanha de prevenção de osteoporose e quedas, sempre visando à doença no ser e não o ser com a doença. Não valorizando, pois, as capacidades do sujeito e do processo de educar em saúde, além da transferência das responsabilidades para o cliente (FIGURA Nº 01).



Fontes: Ministério da Saúde, Prefeituras Municipais de Vitória, São Paulo, Rio das Pedras e Sociedade Brasileira de Hipertensão.

FIGURA Nº 01. Cartazes educativos vinculados por instituições e órgãos da saúde.

Nas orientações de cuidados frequentemente figuram práticas aprendidas na academia e, portanto, consideradas de cunho científico. Contudo, deve-se refletir e questionar até que ponto essa característica das orientações dos cuidados atinge positivamente os clientes (LEONARDT; MICHALTUCH; KUZNIER; SANTOS, 2005).

Em saúde, as ações preventivas, assistenciais e de reabilitação devem objetivar melhorar ou recuperar a capacidade funcional do idoso. Os tradicionais modelos de promoção à saúde e prevenção de doença ainda se aplicam de modo tímido à população idosa (VERAS, 2002).

Na busca da promoção do cuidado à saúde enfatiza-se o processo educativo para subsidiar o trabalho na prática em saúde. Especialmente no trabalho da enfermagem, destaca-se a valorização da capacidade da pessoa de cuidar de si, voltando-se à sua realidade e valorizando o contexto em que está inserida. O conceito de cuidado de si vem sendo cada vez mais utilizado na prática da Enfermagem para compreender o sujeito e as relações que estabelece com os outros a partir do eixo poder-saber-verdade.

A expressão "cuidado de si mesmo" por Foucault (2010, p. 114) referencia e traduz uma noção complexa e rica que os gregos utilizavam para designar uma série de atitudes ligadas ao cuidado de si mesmo, ao fato de ocupar-se e de preocupar-se consigo que é a de *epiméleia heautoû*. Uma das primeiras tarefas que ele encara é a de separar esta noção de *epiméleia heautoû*, de uma outra noção cara ao pensamento ocidental que é a de *gnôthiseautón* – conhece-te a ti mesmo.

A *epiméleia heautoû* é, antes de tudo, uma atitude ligada ao exercício da política. Isto é, “um certo modo de encarar as coisas, de estar no mundo, de praticar ações, de ter relações com o outro; uma certa forma de olhar para si mesmo; de ações que são exercidas de si para consigo pelas quais nos assumimos, nos modificamos, nos purificamos, nos transformamos e nos transfiguramos” (FOUCAULT, op.cit., p.114).

Trata-se de um sujeito de ação que aceita, rejeita e que realiza mudanças em si ligadas a uma verdade que não é necessariamente conhecimento verdadeiro. É a partir dessa noção de sujeito, como alguém que exerce uma técnica de cuidado de si, que se opõe a qualquer tipo de sujeição, que a noção de cuidado de si tem sido tratada na enfermagem (BUB; MEDRANO; SILVA; WINK; LISS; SANTOS, 2006).

Nesse sentido, “o cuidado de si mesmo é uma atitude ligada ao exercício da política, a certo modo de encarar as coisas, de estar no mundo, de relacionar-se com o outro e consigo mesmo; de agir de si para consigo, de modificar-se, purificar-se, se

transformar, e transfigurar-se. Esta forma de cuidar-se remete o sujeito à reflexão sobre seu modo de ser e agir, conferindo ao cuidado de si, além de uma dimensão política, uma noção da ética como estética da existência” (BUB; MEDRANO; SILVA; WINK; LISS; SANTOS, op. cit., p. 156).

O envelhecimento é pessoal e está intrinsecamente relacionado com as questões objetivas e subjetivas do próprio ser, influenciado por um contexto de vida em diferentes dimensões: social, econômico, cultural, espacial e do meio ambiente que o cerca. Por isso é importante que o profissional reconheça no sujeito a ser cuidado, o processo saúde-doença como processo sociocultural e a diversidade cultural, levando em consideração suas experiências vividas (LENINGER, 1991).

Compreender o que sucede nos indivíduos durante a velhice, como um período de acumulação das experiências, e o que determina a ação dos idosos no cuidado de si, é um grande desafio, também essencial para identificarmos o que é considerado fundamental na concepção do idoso sobre os cuidados para si mesmo (SÁ; FERREIRA, 2004).

Estratégias que visam à melhor forma de promoção de saúde à população vêm sendo discutidas há alguns anos no âmbito internacional, tendo a Carta de Ottawa sido publicada na Primeira Conferência Internacional de Promoção à Saúde em 1986 no Canadá, marco histórico desta concepção. Nela é enfatizada a necessidade do profissional não fazer pelo outro, mas sim oferecer meios e apoio para que ele se encontre na sociedade e faça suas próprias escolhas, tornando-se promotor da sua própria saúde. E para isso, o profissional deve criar estratégias e programas de promoção à saúde que se adaptem as necessidades e possibilidade de cada povo e que respeitem suas diferenças sociais, culturais e econômicas.

No âmbito dessas estratégias, se situam as práticas lúdicas, atendendo o que é preconizado no âmbito internacional e nacional como na Política Nacional de Promoção à Saúde de 2010. Esta Política aborda a necessidade de se utilizar estratégias criativas, a exemplo da dança, canções, jogos, dentre outras expressões culturais que promovam a comunicação entre profissional, sujeito e o grupo visando à promoção da saúde (BRASIL, 2010).

Nesse sentido, este estudo está em consonância com a Política Nacional de Promoção à Saúde e com a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa ao priorizar ações que promovam o envelhecimento ativo e saudável utilizando a implementação de jogos construídos a partir dos saberes e práticas de idosos como uma gerontotecnologia² aplicada à educação em saúde, rompendo com as bases tradicionais do pensar, do fazer, do saber e do cuidar em enfermagem.

Considerando o crescimento da população idosa e a importância do enfermeiro como fundamental na prestação da assistência e no processo de educação em saúde, visto que as ações neste campo permitem a melhoria do estado geral do sujeito e promovem o desenvolvimento de suas capacidades para o cuidado de si e o envelhecimento com qualidade, com a adoção de estratégias criativas, o **objeto de tese** é a implementação de jogos como uma gerontotecnologia aplicada na discussão com idosos sobre envelhecimento ativo e saudável.

De acordo com o objeto da investigação, foram elaboradas as seguintes questões norteadoras:

- 1) Que saberes e práticas sobre envelhecimento ativo e saudável integram o cuidado de si de idosos?

² Gerontotecnologia é definido como o estudo do processo e necessidades provenientes do envelhecimento buscando soluções da tecnologia para melhorar a vida diária dos idosos no âmbito domiciliar, no trabalho e na sociedade (ODEBRECHT; GONÇALVES; SELL, 2007).

- 2) Como a implementação de jogos no cuidado de enfermagem contribui na discussão com idosos sobre envelhecimento ativo e saudável?
- 3) Que limites e possibilidades se apresentam à implementação dessa gerontotecnologia no processo grupal de educação em saúde com idosos?
- 4) De que modo essa gerontotecnologia pode subsidiar a clínica do cuidado de enfermagem neste campo?

Com o propósito de responder as questões norteadoras, foram elaborados os seguintes objetivos:

- 1) Descrever saberes e práticas de idosos sobre envelhecimento ativo e saudável, visando à construção de uma gerontotecnologia.
- 2) Implementar os jogos como uma gerontotecnologia na discussão com idosos sobre envelhecimento ativo e saudável.
- 3) Avaliar a pertinência da gerontotecnologia implementada na discussão com idosos sobre o tema investigado.
- 4) Discutir potencialidades desta gerontotecnologia na clínica do cuidado de enfermagem neste campo.

2. Justificativa do estudo e contribuições para a enfermagem

A população brasileira vive em processo de envelhecimento inexorável que transformou substancialmente, nas últimas décadas, o seu perfil de morbimortalidade, tornando imprescindível a adoção de estratégias preventivas de saúde nos vários níveis voltadas a este segmento da população (VERAS, 2002).

Os estigmas negativos, normalmente associados ao processo de envelhecimento, têm como um de seus pilares o declínio biológico, ocasionalmente acompanhado de

doenças e dificuldades funcionais com o avançar da idade. As representações sociais construídas em torno da velhice estão fortemente associadas à doença e à dependência, aceitas como características normais e inevitáveis desta fase (BRASIL, 2006).

O envelhecimento ocorre de forma individual e ainda precisa ser repensado na sociedade brasileira, porque a velhice tem representações (imagens, ideias), configurações e valores diversos, ainda não incluídos nas práticas e/ou na produção de conhecimento (FIGUEIREDO; TONINI, 2006).

O envelhecimento, segundo a Organização Pan-Americana de Saúde - OPAS (2003), tem sua definição como sendo:

Um processo sequencial, individual, acumulativo, irreversível, universal, não patológico, de deterioração de um organismo maduro, próprio a todos os membros de uma espécie, de maneira que o tempo o torne menos capaz de fazer frente ao estresse do meio-ambiente e, portanto, aumente sua possibilidade de morte.

A atenção à pessoa idosa implica na construção de um novo paradigma das práticas de saúde, na medida em que demanda a ampliação do olhar em relação ao modelo biomédico vigente focado na doença e na cura. O idoso apresenta características peculiares quanto à apresentação, instalação e desfecho dos agravos em saúde, traduzidas pela maior vulnerabilidade e eventos adversos, necessitando de intervenções multidimensionais e multisetoriais com foco no cuidado (BRASIL, 2014). Nesse novo paradigma, é fundamental identificar condicionantes e determinantes do processo saúde-doença, em particular no que tange a capacidade funcional.

O envelhecimento “é um processo, a velhice é uma fase da vida e o velho ou idoso é o resultado final” (PAPALEO NETTO, 2002, p.10). O processo de envelhecimento provoca uma série de alterações biológicas, psicológicas e sociais que aumentam a susceptibilidade às doenças e provocam incapacidades (FONSECA; RIZZOTTO, 2008). Essa tríade do processo de envelhecimento estão inter-relacionadas

e interdependentes. Com frequência a perda de um papel social afeta o sentido de finalidade de um indivíduo, acelerando o declínio físico. A saúde insatisfatória pode promover isolamento social e o surgimento da condição de idoso fragilizado (ELIOPOULOS, 2011).

A saúde do idoso está estritamente relacionada com a sua funcionalidade global, definida como a capacidade de gerir a própria vida ou cuidar de si mesmo. O idoso é considerado saudável quando é capaz de agir, de forma independente e autônoma, ainda quando portador de uma ou mais de uma doença crônico-degenerativa. Entretanto, quando há perda de funções como autonomia, independência, cognição, humor, mobilidade e comunicação, este aspecto pode resultar no aparecimento das grandes síndromes geriátricas: incapacidade cognitiva, iatrogenia, incontinência urinária, instabilidade postural, imobilidade, incapacidade comunicativa e insuficiência familiar (FREITAS; CANÇADO; DOLL; GORZONI, 2013). Essas síndromes requerem dos profissionais da saúde conhecimentos à luz dos fundamentos da gerontologia, habilidades e atitudes direcionadas, bem como ações específicas.

Dentre a população idosa cerca de 70% são capazes de gerenciar sua vida de forma independente e autônoma com presença ou não de comorbidades. No entanto, 30% são consideradas frágeis ou em risco de fragilidade, apresentando maior vulnerabilidade caracterizada por dependência funcional, incapacidades ou condições de saúde preditores de desfechos adversos (BRASIL, 2014).

Ações e intervenções direcionadas a pessoas frágeis baseadas na abordagem da doença são extremamente perigosas por serem as principais causas do número elevado de iatrogenias. Sendo assim, a “epidemia de doenças crônicas e de incapacidades funcionais” resulta no uso mais intensivo e prolongado dos serviços de saúde, exigindo adequação das redes de atenção à saúde para responder às necessidades emergentes

(BRASIL, 2014). Por isso, estratégias que visam à promoção, manutenção e recuperação da capacidade funcional têm sido demonstradas como custo-efetivas, promovendo o envelhecimento ativo.

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa - PNSPI (2006), no que se refere à atenção integral e integrada à Saúde da Pessoa Idosa, reforça a importância da implementação da avaliação funcional de forma individual e coletiva. Classifica a pessoa idosa em três categorias:

- 1) O idoso independente, aquele capaz de gerenciar suas atividades da vida diária (AVD) sem dificuldade e sem ajuda.
- 2) O idoso com potencial para desenvolver fragilidade, que são independentes, mas apresentam algumas dificuldades nas atividades instrumentais de vida diária (AIVD), merecendo atenção específica e acompanhamento mais frequente por parte da equipe de saúde.
- 3) O idoso frágil ou em situação de fragilidade, que são aqueles acamados, os que vivem em ILPIs, que estiveram hospitalizadas recentemente por qualquer razão, que apresentam doenças causadoras de incapacidade funcional (acidente vascular encefálico, síndromes demenciais e outras doenças neurodegenerativas, etilismo, neoplasia terminal, amputações de membros). Estes apresentam pelo menos uma incapacidade funcional básica ou vivem em situação de violência doméstica, e por critério etário, é estabelecido como frágeis os idosos com 75 anos ou mais.

Assim, ficam estabelecidos dois grandes eixos norteadores para a integralidade de ações: o enfrentamento das fragilidades da pessoa idosa, família, cuidadores e

sistema de saúde; e a promoção da saúde e da integração social, em todos os pontos de atenção.

Dessa forma, estratégias efetivas quanto à manutenção das práticas de cuidado poderão ser desenvolvidas para melhor assistência de enfermagem e assim promover um envelhecimento ativo e saudável, com maior adesão a tratamentos e a manutenção da capacidade funcional por um maior tempo.

O conceito de adesão vem sendo muito discutido, mas de modo geral, ainda é compreendido como a utilização dos medicamentos prescritos ou outros procedimentos, caracterizado pelo poder médico de um lado, e a submissão do paciente de outro (LEITE, VASCONCELOS, 2003). Na língua inglesa poderia ser traduzido *adherence*, ou aderência, a ideia da escolha livre do paciente em aceitar as recomendações do tratamento, exercendo um papel mais ativo no seu cuidado. Sendo assim, o conceito de aderência estaria relacionado a uma atitude de boa vontade para uma “comunicação mais aberta” e para o “trabalho mais colaborativo dos profissionais com os pacientes” (LOPES, 2015).

No tocante à Enfermagem, o conhecimento produzido neste estudo colabora com conteúdos específicos para a prática assistencial e a ampliação da produção científica nessa vertente do conhecimento. O cuidado pensado a partir dos saberes e práticas dos idosos utilizando o lúdico como estratégia de cuidado integrada às ações educativas, poderá trazer novas elucidções e uma postura crítica-reflexiva, com possibilidade de maior envolvimento dos mesmos no processo do cuidado, repercutindo diretamente nas práticas para o envelhecimento ativo e saudável.

Estudos como de Aguiar e Macri (2010) utilizaram atividades artísticas (pintura, desenho, recorte-colagem, dramatização, escrita criativa, modelagem, tecelagem) para

promover a redução da frequência ou intensidade dos sintomas depressivos, contribuindo para o autoconhecimento e o resgate da autoestima e confiança de idosos, em uma perspectiva interdisciplinar. Pesquisa utilizando o Método Criativo e Sensível através de dinâmica denominada ‘Corpo-Musical’ com sujeitos internados em um hospital militar da cidade do Rio de Janeiro indicou que as visitas musicais promovem conforto, bem-estar, expressão de emoções, autonomia e estimulam a criação de recursos próprios aos clientes hospitalizados. Ao promover a comunicação e integração dos seus participantes, destacou a influência benéfica das visitas para o ambiente hospitalar (BERGOLD; ALVIM, 2009).

Outro exemplo é o estudo realizado por Cavalcante, Saar, Ramos e Lima (2011) desenvolvido com pacientes renais crônicos que participavam de um programa de hemodiálise, em que se utilizou música, pinturas e jogos. Os resultados da pesquisa pontuaram que essas atividades influenciaram positivamente, fazendo o sorriso emergir no rosto dos pacientes e da equipe de enfermagem, diminuindo, assim, as intercorrências durante as sessões de hemodiálise.

No que tange à educação em saúde utilizando as atividades lúdicas como instrumentos capazes de auxiliar o enfermeiro no desenvolvimento de seu papel como educador em saúde, Celich e Bordin (2008) desenvolveram jogos e dinâmicas educativas com base no conhecimento prévio das pesquisadoras e embasados em bibliografia sobre os cuidados que devem ser dispensados aos idosos portadores de diabetes e/ou hipertensão, estimulando o autocuidado. As autoras observaram que os idosos, ao participarem dos jogos, interagiram de forma prazerosa, o que pressupõe benefícios à saúde física, mental e social.

No âmbito da educação em saúde com enfoque na promoção, uma pesquisa mostrou a utilização de artes cênicas para formação de um plano de educação voltado

para um grupo de idosos. Conclui-se que o teatro constituiu um instrumento de libertação nas falas, nos gestos, nas caras e bocas que os idosos criaram e recriaram em seus personagens, demonstrando ser um excelente instrumento de empoderamento da população idosa, a partir da valorização de suas experiências de vida (CAMPOS; MOURA; AQUINO; MONTEIRO, 2012).

O enfoque maior das produções científicas sobre a utilização das atividades lúdicas como recurso ou estratégia de cuidado entre enfermeiros brasileiros é mais voltado para o tratamento complementar de doenças ou agravos e a prevenção de suas complicações. Portanto, acredita-se que a saúde é resultado dos modos de organização da produção, do trabalho e da sociedade em determinado contexto histórico e que ações de educação em saúde ainda operam em grande maioria por um modelo de atenção e cuidado marcado pela centralidade dos sintomas.

Conhecer o que o indivíduo pensa sobre si e sobre os cuidados dos quais necessita e/ou deseja tem uma utilidade prática para a sua vida que, no caso em questão, possibilita a compreensão das escolhas dos idosos acerca dos cuidados de si, na suas próprias concepções sobre o que lhes é fundamental no campo do cuidado de enfermagem, em especial dos cuidados fundamentais (SÁ; FERREIRA, 2004).

Nesse sentido, destaco a relevância do estudo com relação à enfermagem na atenção a pessoa idosa e o cuidado, pois se pretende que a partir de seus resultados sejam produzidas outras pesquisas no âmbito da Enfermagem Fundamental. Trabalhar com os idosos a partir de uma concepção de cuidados fundamentais que os atendam nas suas necessidades, não só de cunho psicobiológico como também as necessidades psicossociais, considerando-se a característica técnica de tais cuidados e a complexidade em torno do processo de envelhecimento, no qual vieses subjetivos apresentam-se como fundamentais para o cuidado de si mesmos (SÁ; FERREIRA, op. cit.).

O objeto da enfermagem é o cuidado ao cliente no âmbito da prática de cuidar, de pesquisar e de ensinar. A prática de cuidar, na assistência à saúde, em qualquer instituição ou no domicílio, é demarcada pelos cuidados de enfermagem. A enfermeira não pode por lei e nem por dever moral abrir mão de sua responsabilidade de cuidar e de ensinar a cuidar (CARVALHO, 2004). Além disso, irá contribuir e expandir estudos de enfermagem no Núcleo de Pesquisa de Fundamentos do Cuidado de Enfermagem (NUCLEARTE) na linha de Cuidados Fundamentais e Tecnologias de Enfermagem.

CAPÍTULO I

REFERENCIAL TEÓRICO-CONCEITUAL DA TESE

1.1 Políticas Públicas de Atenção à Saúde do Idoso no Brasil e as perspectivas internacionais

O mundo está no centro de uma transição do processo demográfico, única e irreversível, que irá resultar em populações mais velhas em todos os lugares. Na medida em que as taxas de fertilidade diminuem, a proporção de pessoas com 60 anos ou mais deve duplicar entre 2007 e 2050, e seu número atual deve mais que triplicar, alcançando dois bilhões em 2050. Na maioria dos países, o número de pessoas acima dos 80 anos deve quadruplicar para quase 400 milhões até lá (ONUBR, 2014).

Para começar a abordar estas questões, a Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas (ONU) convocou a primeira Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento em 1982, que produziu o Plano de Ação Internacional de Viena sobre o Envelhecimento. Este Plano insta fortalecer a capacidade dos países para abordar de maneira efetiva o envelhecimento de sua população e atender às preocupações e necessidades especiais das pessoas de mais idade, fomentar uma resposta internacional adequada aos problemas do envelhecimento com medidas para o estabelecimento da nova ordem econômica internacional e o aumento das atividades internacionais de cooperação técnica, em particular entre os próprios países em desenvolvimento (ONUBR, op.cit).

Em 1991, a Assembleia Geral adotou o Princípio das Nações Unidas em Favor das Pessoas Idosas, enumerando 18 direitos em relação à independência, participação, cuidado, autorealização e dignidade. No ano seguinte, a Conferência Internacional sobre o Envelhecimento reuniu-se para dar seguimento ao Plano de Ação, adotando

a Proclamação do Envelhecimento. Seguindo a recomendação da Conferência, a Assembleia Geral da ONU declarou 1999 o Ano Internacional do Idoso (ONUBR, 2014).

Em favor deste propósito, em 2002, foi realizada em Madrid a Segunda Assembleia Mundial das Nações Unidas sobre o Envelhecimento. Objetivando desenvolver uma política internacional para o envelhecimento para o século XXI, a Assembleia adotou uma Declaração Política e o Plano de Ação Internacional.

Este Plano de Ação visa garantir os direitos humanos das pessoas idosas, que elas consigam envelhecer com segurança e sem estarem sujeitas à pobreza, participem plenamente na vida econômica, política e social e tenham oportunidades de se desenvolver, nos últimos anos da sua existência. Também aborda a eliminação da violência e da discriminação de que são alvos, a igualdade entre os sexos, a importância vital da família, os cuidados de saúde e a proteção social. Para que o plano seja posto em prática foram definidas medidas concretas em função de três prioridades: as pessoas idosas e o desenvolvimento, promover a saúde e o bem-estar na velhice, e ambientes propícios e favoráveis.

A propagação do fenômeno envelhecimento e de suas questões inicialmente promovidas pelas organizações internacionais (OMS e ONU) teve papel fundamental na análise e comunicação do impacto do envelhecimento sobre os países em desenvolvimento na tentativa de estimulá-los a adotarem medidas para o enfrentamento dessa realidade. Entre essas medidas, duas tinham destaque especial: no campo da saúde, fomentar o envelhecimento saudável e ativo e, no campo social, lutar pelo envelhecimento com direitos e dignidade (GOLDMAN, 2004).

A partir disso, em meados da década de 1980, toma força o movimento da sociedade civil exigindo a valorização e o respeito à pessoa idosa, influenciando a

construção da Constituição Cidadã (1988), primeira Constituição da República Federativa do Brasil a versar sobre a proteção jurídica ao idoso, a qual impõe à família, à sociedade e ao Estado o dever de amparar os idosos.

Após a promulgação desta Constituição outras leis surgiram amparando a pessoa idosa, entre elas: Código de Defesa do Consumidor (1990), Estatuto do Ministério Público da União (1993), Lei Orgânica da Assistência Social – LOAS (1993), Política Nacional do Idoso (1994), Estatuto do Idoso (2003) e Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (2006).

A Lei nº 8.842, que instituiu a Política Nacional do Idoso (PNI), foi sancionada em 4 de janeiro de 1994 e regulamentada pelo Decreto nº 1.948, de 3 de julho de 1996. Ela assegura os direitos sociais e amplo amparo legal ao idoso e estabelece as condições para promover sua integração, autonomia e participação efetiva na sociedade. Objetiva atender às necessidades básicas da população idosa no tocante à educação, saúde, habitação e urbanismo, esporte, trabalho, assistência social e previdência, justiça (BRASIL, 1994).

A PNI institui várias modalidades de atendimento ao idoso, entre elas: Centro de Convivência; Centro de Cuidados Diurno: Hospital-Dia e Centro-Dia; Casa-lar; oficina abrigada de Trabalho; atendimento domiciliar.

O estatuto do idoso (lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003) regulamenta os direitos assegurados a todos os cidadãos a partir dos 60 anos de idade, estabelecendo também deveres e medidas de punição. É a forma legal de maior potencial da perspectiva de proteção e regulamentação dos direitos da pessoa idosa. No âmbito desse Estatuto, os principais direitos do idoso encontram-se no artigo 3º, o qual preceitua:

É obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do poder público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho,

à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária.

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, instituída pela Portaria 2528/GM de 19 de outubro de 2006, busca garantir atenção adequada e digna para a população idosa brasileira. Em consonância com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), direciona medidas individuais e coletivas em todos os níveis de atenção. Apresenta como diretrizes:

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

O envelhecimento populacional desafia a habilidade de produzir políticas de saúde que respondam às necessidades das pessoas idosas. A proporção de usuários idosos de todos os serviços prestados tende a ser cada vez maior, quer pelo maior acesso às informações do referido grupo etário, quer pelo seu expressivo aumento relativo e absoluto na população brasileira (LIMA-COSTA, 2003).

Faz-se, portanto, necessário que os serviços que prestam atendimento a idosos respondam a necessidades específicas e distingam-se pela natureza da intensidade dos serviços que ofereçam. Vale ressaltar, que os idosos são potenciais consumidores de Serviços de Saúde e de Assistência, devido à apresentarem uma maior susceptibilidade a doenças crônicas e incapacitantes, quando comparado a outros grupos etários (BRASIL, 2011).

A diretriz de Atenção Integral e Integrada à Saúde da Pessoa Idosa estabelece a construção de instrumentos gerenciais baseados em levantamento de dados sobre a capacidade funcional (inventários funcionais) e sócio-familiares da pessoa idosa que deverão ser implementados pelos gestores municipais e estaduais do SUS, para que haja a participação de profissionais de saúde e usuários na construção de planos locais de ações para enfrentamento das dificuldades inerentes à complexidade de saúde da pessoa idosa.

As intervenções devem ser feitas e orientadas com vistas à promoção da autonomia e independência da pessoa idosa, estimulando-a para o autocuidado. De acordo com a condição funcional da pessoa idosa serão estabelecidas ações de atenção primária, secundária, terciária, e de reabilitação, para a recuperação da máxima autonomia funcional, prevenção do declínio funcional e recuperação da saúde. Estão incluídos nessas ações o controle e a prevenção de agravos de doenças crônico-degenerativas (BRASIL, 2011).

Para isso, a educação em saúde deve deixar de ser um saber dominante e passar a ser um processo em que se valorize o saber do outro, com alternativas de educação referenciadas na educação popular, a exemplo da pedagogia de Paulo Freire, que entende que o conhecimento é um processo de construção coletiva. De modo semelhante, valorizar os aspectos culturais que perpassam os modos de viver e de cuidar

das pessoas, tendo em conta seus saberes e fazeres assentados em suas crenças, hábitos, costumes e valores, como defende Leininger (1991). Tais aspectos serão abordados na sequência deste capítulo.

1.2. Teoria Cultural do Cuidado de Enfermagem e sua aplicação na tese

Madeleine Leininger em sua Teoria Transcultural do Cuidado, expressa preocupação com os aspectos inerentes aos fatores culturais e a valorização do saber do outro, e como isso está relacionado com o cuidado. Em sua teoria, valoriza a cultura como forma de expressão dos sujeitos envolvidos no processo de cuidado, indo ao encontro das ideias de Freire, que também valoriza a cultura como forma de expressão dos sujeitos, todavia no processo educativo (MARTINS; ALVIM, 2012).

Leininger (1991) refere que o cuidado humano é universal sendo vivenciado nas diversas culturas. Enfatiza que o mesmo é necessário para o desenvolvimento da prática assistencial de enfermagem, visando um atendimento significativo e eficaz às pessoas de acordo com seus valores culturais e seu contexto saúde-doença.

A teorista defende que o cuidado é o centro, único e dominante foco da enfermagem e que o cuidado cultural seria a avaliação consciente e um esforço deliberado pela enfermagem para utilizar os valores culturais, crenças e o modo de vida individual ou de um grupo para fornecer subsídios significativos para as verdadeiras necessidades de cuidado em suas ações para a população assistida (LEININGER, 1983).

Para tanto, desenvolveu um método de pesquisa em etnoenfermagem com a finalidade de estudar um povo (indivíduo, família ou grupo comunitário) sob uma perspectiva do que é percebido ou experienciado pelas enfermeiras e indivíduos ou grupos. Uma perspectiva *emic* (locais) é a forma como os membros de uma cultura percebem seu mundo revelando informações culturais que geram explicações de

comportamentos e valores culturais específicos, que na perspectiva *etic*, serão interpretados sob os pontos de vista e valores dos profissionais (LEININGER; MCFARLAND, 2006). Desse modo, práticas impositivas, geradoras de possíveis conflitos éticos e morais poderão ser evitados, uma vez que ocorrerá uma comparação entre os dois diferentes pontos de vista pelo profissional de enfermagem.

Para Leininger e McFarland (2006, p. 7), a enfermagem...

...é uma profissão humanística e científica e disciplina focada em fenômenos do cuidado humano e de atividades, a fim de ajudar, apoiar, facilitar ou permitir que indivíduos ou grupos mantenham ou recuperem seu bem-estar (ou saúde), de maneiras culturalmente significativos e benéficos, ou para ajudar as pessoas a enfrentar desvantagens ou até mesmo a morte” (LEININGER; MCFARLAND, 2006, p.7).

Destarte, para que esse cuidado ocorra, faz-se necessário uma interação entre enfermeiro/cliente que a Teorista define de três maneiras: Preservação do cuidado cultural (as ações do enfermeiro precisam apoiar, facilitar ou capacitar o cliente para o restabelecimento da saúde ou enfrentamento da morte); Ajustamento do cuidado cultural (a assistência profissional visa à adaptação, ajustamento ou negociação do cliente, visando alcançar um resultado de saúde benéfico ou satisfatório); e Repadronização/reestruturação do cuidado cultural (intervenções profissionais que necessitam modificar os padrões de saúde do cliente para alcançar adequada qualidade de vida, respeitando os valores culturais e crenças dos clientes) (LEININGER; MCFARLAND, 2006).

Para que a enfermagem busque promover uma adequação cada vez maior do cuidado ao idoso, de forma a valorizar seus aspectos culturais, é de suma importância o conhecimento do período de transição da fase adulta à velhice, que impõe ao ser idoso um enfrentamento do tempo cronológico vivenciado por dificuldades decorrentes das limitações corporais (aptidão física, visão, audição, paladar, sexualidade e todo o sistema orgânico), somado a perda do papel social devido à aposentadoria, mudanças

psicológicas que pode desencadear solidão, baixa autoestima, sensação de inutilidade e até mesmo a depressão maior, muito comum no idoso.

O cuidado cultural permite a construção de um plano de cuidados único e congruente ao contexto cultural do idoso, havendo, de certa forma, o alcance sobre a forma como o mesmo deseja participar do cuidado, qualificando-o. Este tipo de cuidado, em linhas gerais, mediatiza o cuidado integral em enfermagem. A intenção é o reconhecimento singular dos respectivos saberes e práticas de cuidado, aplicados às demandas de cuidado de si, valorizando a totalidade da vida de cada um, tudo que o cerca, em uma perspectiva holística da vida humana (MARTINS; ALVIM, 2012).

1.3. Pedagogia problematizadora aplicada à educação em saúde com idosos

Para Freire, a ação educativa deve ser dialógica e antiautoritária. Denomina a educação como libertadora, pois se constitui em um instrumento de construção de um novo homem, auxiliando-o na tomada de decisão (FREIRE, 2013a). Nessa perspectiva, a intervenção do educador não é apenas transmitir informações, mas ajudar o educando a se perceber como sujeito indagador, em processo contínuo de busca, de descoberta da razão de ser das coisas. A grande preocupação de Freire é a construção de uma prática voltada à inserção do homem em um contexto como sujeito e não como objeto.

A educação deve estimular o desenvolvimento da potencialidade criativa e da emancipação do sujeito social, e não um mero depósito de conhecimentos e informações. Esta última é uma falsa concepção de educação, ou seja, o sujeito (educando) apenas recebe e arquiva passivamente o que lhe é transmitido (FREIRE, 2013c).

A invasão cultural, que serve à conquista e à manutenção de opressão, implica sempre a visão focal da realidade, a percepção desta como estática, a superposição de

uma visão do mundo na outra: a “superioridade” do invasor (profissional de saúde) e a “inferioridade” do invadido (sujeito idoso), a imposição de cuidados prescritivos e a relação de poder sobre o invadido.

Pensando-se na transformação dessa educação, Paulo Freire (2013c) defende a conscientização, um processo pelo qual o educando avança na direção da consciência crítica, em que os homens, através de uma práxis verdadeira, superam o estado de objetos, como dominados, e assumem o de sujeitos da História.

Para pensar e gerar um mundo solidário, com base na vida comunitária e na reciprocidade universal, o diálogo assume valor fundamental em uma prática educativa verdadeira, qual seja, a que possibilita, em um encontro face-a-face, a pronúncia crítica do mundo. A educação dialógica, especialmente aquela que prima pelo diálogo entre culturas (interculturalidade) apresenta-se como estratégia de formação inovadora e radical, possibilitando superação de práticas e visões etnocêntricas; a convivência pacífica com o diferente; a redução da violência na educação; a construção de currículos interativos, complexos e dinâmicos. O resultado que a educação intercultural vislumbra é contribuir para uma sociedade democrática e multicultural, fundada no diálogo, na assunção da diversidade, e na possibilidade de todos os seres humanos assumirem-se politicamente frente o mundo e tomar a história em suas mãos (NETO; BARBOSA, 2005).

Sendo assim, o processo educativo deve promover a integração do sujeito e não a acomodação. Estes princípios norteiam o campo da educação em saúde e se aproxima da proposta desta tese, pois a participação do idoso (educando) no planejamento do cuidado poderá estimular sua capacidade de se situar criticamente à realidade acrescida da capacidade de transformá-la e transformar-se. Pelo diálogo, que o conduz à ação/transformação crítica-reflexiva sobre o seu processo saúde-doença, tratamento,

prevenção de complicações, deixa de ser um sujeito passivo, tornando-se ativo no processo do cuidado.

Os princípios teóricos de Paulo Freire, advindos do campo da educação enquanto disciplina, lugar de onde fala, se aplicam a este estudo, pois toda ação de saúde é uma ação educativa e permeia por um processo pedagógico uma vez que o profissional e o cliente aprendem e ensinam. Pensando que o objeto de estudo situa-se no campo da Enfermagem, procurou-se articular e aproximar os princípios teóricos da Pedagogia Freiriana com os conceitos de cuidado e de enfermagem presentes na Teoria de Leininger.

A associação dos princípios teóricos de Freire e Leininger proporcionaram uma estrutura na discussão inerente à educação em saúde para a prática de cuidar de si ao idoso na promoção do envelhecimento ativo e saudável, pois ambos contribuem com a construção do cuidado compartilhado concebendo a cultura como essencial no processo de educar e cuidar. Entretanto, deve-se considerar que há diferenças pontuais entre estas duas concepções teóricas.

Freire (2013b) defende que a educação deve estimular a opção e afirmar o homem como homem, pois adaptar é acomodar, não transformar. Enquanto para Leininger uma das formas para realização do cuidado é a acomodação do sujeito em adaptar-se a determinadas ações e decisões. Outra diferença está na questão do diálogo, que para a teórica de enfermagem este se caracteriza como forma de atenuar os conflitos na relação do cuidado pela troca de informações, enquanto para Freire o diálogo não exclui o conflito, sob pena de ser um diálogo ingênuo. Isso porque o diálogo é como uma forma de os oprimidos superarem sua condição de oprimidos, tomando consciência (MARTINS; ALVIM, 2012).

As concepções teóricas de Freire no processo de educar e de Leininger no processo de cuidar, ambas valorizando a cultura do ser humano e os seus saberes, permitiram perceber e compreender a diversidade de atitudes e comportamentos do ser idoso que se encontra no processo de cuidado, propondo um cuidado culturalmente congruente e aplicável incitando os princípios da promoção da saúde.

Considerando o crescimento da população idosa e a importância do enfermeiro como peça fundamental na prestação da assistência e no processo de educação em saúde, essa pesquisa-tese possibilitou uma nova abordagem na promoção do cuidado pela enfermagem frente a essa nova perspectiva do cuidar de si pelo idoso. Dessa forma, estratégias de cuidado que incentivem a manutenção das práticas do cuidado de si poderão ser desenvolvidas para melhor assistência de enfermagem e assim promover um envelhecimento ativo e saudável, com maior adesão a tratamentos e a manutenção da capacidade funcional por maior tempo. No âmbito dessas estratégias, esta tese propõe a implementação de jogos como prática lúdica, uma gerontotecnologia integrada ao processo de educação em saúde com grupos de idosos.

1.4. O Lúdico no processo de educação em saúde

A palavra ‘lúdico’ vem do latim *Ludus* e significa brincar (RAU, 2011). Refere-se a uma dimensão humana que evoca os sentimentos de liberdade e espontaneidade de ação. Abrange atividades despreziosas, descontraídas e desobrigadas de toda e qualquer espécie de intencionalidade ou vontade alheia. É livre de pressões e avaliações e é graças a essa característica que permite que o sujeito se entregue à atividade despreocupadamente (FORTUNA, 2001).

Tais atividades podem ser uma brincadeira, um jogo ou quaisquer outras que possibilitem instaurar um estado de inteireza: uma dinâmica de integração grupal ou de

sensibilização, um trabalho de recorte e colagem, uma das muitas expressões dos jogos dramáticos, exercícios de relaxamento e respiração, uma ciranda, movimentos corporais expressivos, atividades rítmicas, entre outras tantas possibilidades (FORTUNA, 2011).

Em uma perspectiva histórica, nas sociedades ditas primitivas, as crianças eram educadas em situações práticas cotidianas e quando brincavam, misturavam-se aos adultos, nos mesmos jogos. Do século XVIII ao XIX ocorre nitidamente a distinção entre infância e maturidade. A vida pública limitou-se aos adultos, fortalecendo a visão de que uma criança deveria desenvolver-se dentro dos limites familiares e a escola o prepararia para a vida adulta. Os jogos, rituais, divertimentos coletivos, que eram importantes elos sociais, passaram a ser controlados. O ritmo de trabalho que era marcado ludicamente pelas estações de ano, passou a ser regido pela obediência à máquina e à racionalidade técnica (GRANDO, 2010).

Neste contexto histórico, o brincar, dentre suas formas de expressão, os jogos, perdeu o espaço que desfrutava nas sociedades primitivas, nas quais não havia essa separação trabalho/lazer, dualidade própria ao paradigma clássico dominante. Baseada em uma visão racionalista de mundo, a educação passa a privilegiar a adaptação às normas, modelos sociais e ideais de produtivismo e progresso, conforme uma sociedade marcada pela racionalidade técnica e fiel à lógica da dominação como foi a Sociedade Moderna ou Industrial (GRANDO, op.cit.).

Até os dias atuais, é mais frequente presenciar a vivência do lúdico entre as crianças, pois se pensa que elas têm mais tempo livre para se dedicarem a tal atividade e também porque não estão comprometidas com o setor produtivo da sociedade, cuja seriedade é ponto fundamental (FERREIRA, A.F.; VASCONCELOS, A.K.C.; GOMES, C.V.B.; ROCHA, M.G, 2004).

Para Bartholo (2001, p. 92) o lúdico e o criativo são elementos constituintes do homem que conduzem o viver para formas mais plenas de realização. São, portanto, indispensáveis para uma vida produtiva e saudável, do ponto de vista da autoafirmação do homem como sujeito, ser único, singular, mas que prescinde dos outros homens para se realizar, como ser social e cultural, imanente à vida humana. Possibilita a quem os vivencia, momentos de encontro consigo e com o outro, de fantasia e de realidade, de ressignificação e percepção, de autoconhecimento e conhecimento do outro, de cuidar de si e olhar para o outro, momentos de vida.

Neste intento, as práticas lúdicas proporcionam a mediação da aprendizagem, estimulando a compreensão do assunto de forma prazerosa, a reflexão sobre o conhecimento adquirido e a formação de relações entre o conhecimento produzido ludicamente e a realidade vivenciada, que englobam os aspectos comportamentais individuais e coletivos (COSCRATO; PINA; MELLO, 2010).

As ações lúdicas independem do estado do tempo: se ocupado ou livre, do sujeito e do profissional, pois pode manifestar-se na expressão subjetiva do cuidado de enfermagem através do sorriso, do carinho, da atenção, do toque afetivo, do olhar empático, da conversa atenciosa. Considera-se, assim, que o lúdico tanto tem sua materialidade em um objeto, como jogo, aparelho de televisão, rádio ou som, quanto se manifesta de diferentes formas no diálogo das pessoas em interação. Em ambas as situações, ele se territorializa no contexto do cuidado de enfermagem, uma vez que sua essência transcende a qualquer meio material, limitação de tempo ou espaço (BEUTER; ALVIM, 2010).

Permeia os processos de ensinar e de cuidar na enfermagem, haja vista que a evasão da realidade imediata [tal como a encontrada nos discursos] é comum na prática do cuidado e a forma pelas quais enfermeiros e clientes evadem-se da realidade pode ser

entendida como a motivação para o surgimento de uma atividade lúdica (CACCAVO; CARVALHO, 2003).

Destarte, a expressão lúdica do cuidado de enfermagem vai além da satisfação das necessidades humanas básicas afetadas no cliente; ela auxilia na revelação de sentimentos, pensamentos e emoções por meio da fala e expressão corporal do indivíduo, e assim proporciona prazer e equilíbrio, pois emerge na dimensão subjetiva do cuidar, em que a sensibilidade e criatividade são valorizadas. E ainda, o ludismo exerce um efeito terapêutico e também educativo, possibilitando trocas entre profissional e sujeito tornando o cuidado mais solidário, humanizado, integrado e alegre (MENDES; BROCA; FERREIRA, 2009, p.535).

A prática lúdica no processo educativo consiste em projetar no indivíduo a possibilidade de apropriar-se de sua própria experiência e de partilhar as experiências dos outros, o que, para o idoso, significa melhoria das condições de saúde, independência e capacidade de autocuidado (MARIN, 2003).

Portanto, a educação em saúde vai além da transmissão de informações, configurando combinações de experiências de aprendizagem delineadas com vistas a facilitar ações voluntárias conducentes à saúde. Essas combinações envolvem troca de experiências de vida, aspectos comportamentais, medidas terapêuticas e interacionais (COSCRATO; PINA; MELLO, 2010).

A ludicidade é uma necessidade do ser humano em qualquer idade e, portanto, não deve ser vista apenas como diversão, pois a formação lúdica se assenta em pressupostos que valorizam a criatividade, o cultivo de sensibilidade, a busca da afetividade, a nutrição da alma, facilitando a aprendizagem, o desenvolvimento pessoal, social e cultural, colaborando assim, para uma boa saúde mental, socialização, comunicação, expressão e construção do conhecimento (SANTOS, 2011).

CAPÍTULO II

CAMINHO METODOLÓGICO

2.1. Tipo de pesquisa

Para discutir as práticas lúdicas como estratégia de cuidado no âmbito da educação em saúde optou-se pela abordagem qualitativa, que possibilita uma compreensão das relações, das visões e do julgamento dos diferentes autores sobre a intervenção na qual participam, entendendo que suas vivências e reações fazem parte da construção da intervenção e de seus resultados. Ou seja, acredita-se que exista uma relação dinâmica e inseparável entre o mundo real e a subjetividade dos participantes (MINAYO; ASSIS; SOUZA, 2005).

Desvelar o fenômeno a partir das relações pessoa-pessoa significa, necessariamente, considerar as vertentes sociais, históricas e culturais dos sujeitos envolvidos no contexto em que ambos estão inseridos (SILVA; ALVIM; FIGUEIREDO, 2008).

O estudo é do tipo exploratório por se tratar de uma pesquisa que visa o aprimoramento de ideias, proporcionando uma maior familiaridade com o problema a fim de torná-lo mais explícito (GIL, 2002). Além de descritivo, com o objetivo primordial de descrição das características de determinado fenômeno ou população, abordando três outros aspectos: registro, análise e interpretação de fenômenos atuais, com vistas ao seu funcionamento no presente (GIL, 2002; MARCONI; LAKATOS, 2008). As pesquisas descritivas são, juntamente com as exploratórias, as que habitualmente realizam os pesquisadores sociais preocupados com a atuação prática (GIL, op. cit.).

Para melhor compreensão desse processo buscou-se o método da Pesquisa Convergente Assistencial (PCA), teorizado por Trentini e Paim (2004), que se propõe a refletir a prática assistencial a partir de fenômenos vivenciados no seu contexto. A principal característica da PCA durante todo o processo é manter uma estreita relação com a prática assistencial, com a intenção de solucionar ou minimizar os problemas que emergem das necessidades identificadas no contexto social pesquisado, realizando mudanças e incorporação de inovações na prática (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

O ato de assistir/cuidar cabe como parte do processo. Nesse caso, o profissional assume papel de provedor de cuidados, deve se incorporar ao serviço para desenvolver uma pesquisa que renove e inove a prática assistencial. Para tanto, a pesquisa deve ser realizada no mesmo espaço físico e temporal do contexto social pesquisado (TRENTINI; PAIM, 2004).

Na PCA o pesquisador encontra um instrumento útil para “aprender a pensar o fazer” no seu cotidiano, pesquisando as implicações teóricas e práticas do fazer. Assim, percorrerá um processo de ordem crescente, que vai “do que fazer” para o “como fazer” e, deste, para o “por que fazer”, ou seja, “saber fazer” (TRENTINI; PAIM; SILVA, op. cit.).

Seguem as etapas da metodologia da PCA que serão aplicadas nesta pesquisa-tese:

a) Fase de concepção

A proposta desta pesquisa partiu de minhas experiências profissionais como docente de enfermagem e enfermeira no campo da assistência, realizando consultas de acolhimento e acompanhamento com idosos. A associação dos princípios conceituais de Freire (2013) e Leininger (1991) foi o alicerce teórico na discussão inerente à educação

em saúde quanto ao cuidar de si do idoso para a promoção e manutenção do envelhecimento ativo e saudável.

A educação em saúde foi a tecnologia de processo e o diálogo o instrumento que possibilitou o acesso aos saberes e práticas do idoso em relação ao tema central ‘envelhecimento ativo e saudável’, e para isso foi utilizado como estratégia de cuidado o lúdico na perspectiva grupal através de jogos.

A ludicidade é assunto que tem conquistado espaço no cenário educacional, principalmente na educação infantil, mas que vem alcançando também na educação de adultos e idosos. A aprendizagem com o lúdico facilita o desenvolvimento pessoal, social, cultural e colabora para uma boa saúde mental, além de preparar para um estado interior fértil, facilitando os processos de socialização, comunicação, expressão e a construção do conhecimento (SANTOS, 2007).

O estudo está em consonância com a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa que direciona medidas individuais e coletivas em todos os níveis de atenção à saúde, dentre elas: promoção do envelhecimento ativo e saudável; atenção integral à saúde da pessoa idosa; e provimento de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa.

Pensando-se em envelhecimento ativo e saudável, o que não quer dizer ser ou estar livre de comorbidades pretendeu-se, nesse estudo, romper como paradigma reducionista do sujeito, focado na e para a doença, limitando a visão do profissional. Mas sim, direcionar o olhar ao idoso como um todo, ativo e participante do seu processo de saúde-doença no cuidado de si na promoção e manutenção da sua autonomia e independência.

b) Fase de instrumentação

b.1) Espaço

Inicialmente, foi realizado um teste piloto do estudo em questão no Centro de Atenção à Pessoa Idosa (CAPI) da UFES, surgindo o interesse de implementação da pesquisa na Universidade Aberta da Terceira Idade (UnATI) devido à necessidade de investimento deste espaço na promoção do envelhecimento ativo e saudável para que a maior expectativa de vida das pessoas possam representar na prática uma conquista e não um prolongamento da vida com problemas e sofrimentos.

Destarte, a pesquisa realizou-se na UnATI que tem como missão contribuir com a ampliação dos direitos sociais do idoso com base nas questões que se colocam na sociedade brasileira, em decorrência da expansão demográfica dessa população, visando o fortalecimento e a autonomia da pessoa idosa, por meio de um processo de educação continuada buscando novas possibilidades de vivência cidadã e humana.

A UnATI funciona na Universidade Federal do Espírito Santo (UFES) - Campus Universitário de Goiabeiras, no Centro de Ciências Jurídicas e Econômicas (CCJE), nas salas do Edifício I (ED I) e Edifício II (ED II) do Departamento de Serviço Social. Sua programação acompanha o ano letivo da UFES acontecendo todas às quintas-feiras, das 14 às 16 horas. Atualmente é coordenado por uma professora doutora, membro efetivo do Departamento de Serviço Social e conta com a colaboração de outros professores, estagiários e extensionistas deste mesmo departamento, de profissionais voluntários na área de educação física, psicologia, medicina, direito e enfermagem, sendo todos denominados facilitadores.

A programação ocorre por meio de módulos** dirigida pelos facilitadores, ofertados a cada semestre com inscrição de até no máximo 30 participantes. Os módulos são definidos a partir dos interesses e necessidades emergentes, com uma matriz estruturante constituída da seguinte forma:

Módulo I: Trajetórias de Vida e Sociedade Contemporânea

- Leitura da sociedade contemporânea
- Cultura: identidade e diversidade
- Processos subjetivos no adulto maduro
- Ressignificação da velhice: inclusão para uma sociabilidade digna

Módulo II: Saúde e Qualidade de Vida

- Fisiologia normal do envelhecimento
- Política de saúde para a pessoa idosa
- Individualidade e coletividade para um envelhecimento saudável (modo de vida, sexualidade e nutrição).

Módulo III: Formação de Agentes Multiplicadores

- O Papel do Educador no processo de transformação e/ou mudança social
- Aprofundamento de Estudos sobre Políticas para a Pessoa idosa
- Temáticas alusivas ao envelhecimento como: a “família e o idoso”; a “violência contra a pessoa idosa” e “agenda pública e o envelhecimento”, dentre outras.
- A construção de Lideranças.
- Estratégias e técnicas de intervenção Social
- Sistematização de documentação

** Além da Programação Básica a partir dos módulos, são previstas oficinas, cujas temáticas são definidas de acordo com os interesses dos participantes. Entretanto, duas oficinas ocorrem de forma regular que são a de memória e a de dança Sênior.

Módulo IV: Corpo e Movimento

- Atividade física e melhoria da qualidade de vida
- Expressão corporal como manifestação lúdica e prevenção da fraqueza muscular, rigidez articular e perda de domínio dos movimentos coordenativos.
- Desenvolvimento da memória, da sociabilidade e da potencialidade do indivíduo.
- Autonomia e independência no processo de envelhecimento individual.

Observa-se na UnATI a participação de idosos com boas condições de saúde, preocupados por não terem fácil acesso a um serviço especializado e que expressam o desejo de ações preventivas/avaliação de saúde. Isso trouxe questionamentos à equipe na medida em que se considera legítima a demanda preventiva, ao mesmo tempo em que estratégica para um trabalho mais amplo em saúde voltado ao envelhecimento.

Considerei este cenário oportuno para o estudo proposto por se tratar de um espaço aberto para discussão acerca da pessoa idosa de forma integral, orientado por uma perspectiva educacional que defende a possibilidade de novas investidas pelos sujeitos, tendo no horizonte, a ruptura com situações de dominação, tutela, discriminação e violência.

Tendo em conta tais interesses, fui convidada pela equipe da UnATI a apresentar minhas intenções de estudo durante uma das reuniões científicas que acontecem todas as terças-feiras, das 14h às 17h. Nesse momento de sensibilização junto aos profissionais do campo da pesquisa afirmei meu compromisso e interesse em prosseguir com o trabalho de facilitadora após a conclusão da pesquisa. A proposta foi que, assumindo o lugar de facilitadora nas atividades do Módulo 'Saúde e Qualidade de Vida', pudesse desenvolver ações de educação em saúde abordando a temática 'envelhecimento

saudável' a partir do acesso aos saberes e práticas dos idosos, utilizando uma estratégia lúdica de cuidado em um espaço educativo grupal.

Ademais, em consonância com os objetivos da UnATI, conjuguei as atividades oferecidas aos idosos com a ideia de constituição de um banco de dados sobre as condições de vida e saúde desta população, face a ausência de registro, de modo a se ter uma base para o desenvolvimento de estudos sobre a realidade local, com vistas a melhor organização do serviço e ser instrumento de avaliação para encaminhamento ao CAPI-UFES.

b. 2) Participantes

Para Trentini, Paim e Silva (2014), na Pesquisa Convergente Assistencial a amostra deverá ser constituída pelos participantes envolvidos no problema e entre estes, os que têm mais condições para contribuir com informações que possibilitem abranger todas as dimensões do problema.

Destarte, visando à participação dos idosos no Módulo de Saúde e Qualidade de Vida e do estudo em questão, no dia da aula inaugural que ocorreu concomitante ao período de inscrição dos idosos aos módulos oferecidos pela UnATI, foi realizado uma palestra expositiva sobre o tema promoção e manutenção do envelhecimento ativo e saudável para sensibilização dos idosos. Participaram desta atividade 56 idosos. Destes, 31 participaram de todas as etapas de produção de dados e 01 participou apenas da entrevista individual.

Os critérios de inclusão foram: idosos matriculados na UnATI no Módulo Saúde e Qualidade de Vida. E os critérios de exclusão: idosos acometidos por patologias relacionadas à cognição (p.ex. demência senil, Alzheimer).

Para detecção de idosos acometidos por patologias cognitivas foi aplicado o instrumento de Mini Exame do Estado Mental (MEEM) (ANEXO A) proposta por Bertolucci et al. (1994). Esse instrumento avalia cinco áreas da cognição: orientação, registro, atenção e cálculo, recuperação e linguagem. A pontuação total é de 30 pontos e as notas de corte sugeridas são: Analfabetos (19 pontos), 1 a 3 anos de escolaridade (23 pontos), 4 a 7 anos de escolaridade (24) e > 7 anos de escolaridade (28 pontos).

Bustamante et. al. (2003) relatam que a associação de um teste cognitivo com escalas funcionais aumenta a confiabilidade dos resultados, levando a detecção de casos leves ou moderados de demência.

Considerando esse fato, foi realizada uma avaliação da capacidade funcional, que são testes que simulam os gestos realizados durante a rotina diária válidos para se identificar precocemente o declínio físico, elaborar programas de exercícios individualizados, observarem a evolução motora e evitar a perda de independência. Pensando-se em complementar as informações da análise qualitativa e uma melhor compreensão da capacidade funcional dos idosos participantes, foi aplicado um instrumento de escala funcional de Atividade Básicas da Vida Diária-ABVDs (KATZ; *et al.*, 2006) (ANEXO B) e de Atividades Instrumentais da Vida Diária - AIVDs (LAWTON; BRODY, 2013) (ANEXO C).

Este instrumento de ABVDs avalia as atividades fundamentais à manutenção da independência, enquanto que AIVDs estão relacionadas com a realização de tarefas mais complexas, conforme apresentadas no capítulo introdutório desta tese. Essa escala atinge pontuação máxima de 27 pontos correspondendo maior independência, enquanto a pontuação mínima de 9 relaciona-se à maior dependência.

b. 3) Técnicas de produção de dados

As técnicas para produção dos dados foram: entrevistas individuais, técnica de criatividade e sensibilidade (TCS) Almanaque, discussão em grupo e observação participante.

As informações foram obtidas, inicialmente, por meio de entrevista individual, adotando-se como instrumento de coleta de dados um formulário estruturado de caracterização do sujeito para identificação do perfil, dos problemas de saúde e risco social dos participantes, além de informações sobre experiências prévias de atividades educativas em grupo ou de forma individual (APÊNDICE A).

Para a discussão nos grupos, foi aplicado um roteiro de modo a nortear os participantes acerca das práticas do envelhecimento ativo e saudável, adotando-se, para tanto, a pedagogia da problematização (FREIRE, 2013) na condução do diálogo (APÊNDICE B).

A observação participante foi adotada com vistas a captar os dados que serviram de base para a análise da estratégia de educação sendo construído um roteiro de auto-observação para registro da comunicação não verbal, a relação entre os participantes, assim como o movimento do diálogo no âmbito da discussão grupal (APÊNDICE C). O registro dessas observações, bem como, o apoio às atividades desenvolvidas no âmbito dos grupos de convergência, contaram com a colaboração de 8 auxiliares de pesquisa (6 acadêmicos do curso de serviço social e duas acadêmicas do curso de enfermagem) durante todo o processo.

Todas as etapas da coleta de dados foram registradas no formulário de auto-observação, sendo utilizada, também, gravação em áudio, garantindo o assentamento de todas as produções discursivas do grupo e auxiliando no processo de transcrição e

análise dos dados. O Quadro Nº 01 apresenta a síntese das etapas de produção de dados da pesquisa que foram desenvolvidas nos grupos de convergência em cada encontro.

QUADRO Nº 01. Síntese das etapas de produção de dados da pesquisa. Vitória/ES. Out-Nov 2014.

ETAPAS	FINALIDADE	ESTRATÉGIA UTILIZADA
1ª Etapa	Divulgação das atividades: aula inaugural do período letivo da UnATI e inscrição dos idosos aos módulos oferecidos.	A sensibilização junto aos idosos da UnATI através de uma expositiva sobre a importância do envelhecimento ativo e saudável.
	Seleção dos participantes: elegibilidade para o estudo	Aplicação dos instrumentos: ABVD, AIVD e MEEM.
	Entrevistas individuais com os participantes. Foram reforçados os objetivos do estudo, esclarecimento de dúvidas e de como ocorreria todo o processo de desenvolvimento dos grupos e produção de dados da pesquisa.	Formulário estruturado de caracterização do sujeito para identificação do perfil, dos problemas de saúde e risco social dos participantes, e informações sobre experiências prévias de atividades educativas em grupo ou individual.
2ª Etapa	Formação dos grupos de convergência	Formação de grupos com 7 a 12 participantes, divididos em grupos: 2 femininos e 1 misto.
3ª Etapa	Primeiro encontro: acolhimento e realização da primeira roda de conversa sobre “Envelhecimento Ativo e Saudável”	Dinâmica intitulada “Corrente de nomes”, Técnica de Criatividade e Sensibilidade (TCS) denominada Almanaque e roteiro para condução do diálogo/reflexão sobre a temática.
	Segundo encontro: roda de conversa a partir dos saberes e prática sobre o tema central; eleição dos tipos de jogos com o grupo para melhor assimilação do conteúdo abordado.	Dinâmica intitulada “Isto me recorda” Aula expositiva dialogada
	Terceiro encontro: Utilização do jogo construído a partir dos saberes e práticas dos idosos.	Aplicação dos jogos como estratégia lúdica de cuidado.
	Quarto encontro: roda de conversa para avaliação da estratégia implementada.	Utilização de um roteiro contendo perguntas abertas relacionadas à participação na estratégia educativa proposta e aplicação da TCS denominada Almanaque.

c) Fase de Perscrutação

c. 1) Primeira etapa: entrevistas individuais com os sujeitos

As atividades do módulo se iniciaram em agosto de 2014 e até a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) realizei atividades livres relacionadas ao tema envelhecimento, para que não ocorresse nenhuma interferência quanto ao tema que foi abordado no estudo em questão.

Após aprovação do comitê, foram aplicados os instrumentos ABVDs, AIVDs e MEEM em todos os idosos participantes do módulo 'saúde e qualidade de vida' (32 no total), sendo todos elegíveis para participar do estudo. Entretanto, apenas 31 idosos participaram de todas as etapas do processo de produção de dados e 01 participou apenas da entrevista individual.

Posteriormente, dividimos os participantes aleatoriamente em três grupos para agendar as entrevistas individuais que ocorreram após as atividades propostas do módulo e anterior à formação dos grupos de convergência. Essas entrevistas ocorreram durante 03 encontros, com duração de 30 minutos cada e em lugar reservado para privacidade do participante. No momento da entrevista foram reforçados os objetivos do estudo, esclarecimento de dúvidas e de como ocorreria todo o processo de desenvolvimento dos grupos e produção de dados da pesquisa. Após os devidos esclarecimentos, o aceite dos participantes foi efetivado por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Inicialmente a finalidade seria atingir o total de 30 participantes de idosos de ambos os sexos, para formação de grupos com 7 a 12 participantes, uma vez que o número ideal de participantes em grupos de pesquisa, de modo a facilitar sua operacionalização e o alcance de seus objetivos, normalmente compreende de 5 a 10

sujeitos (FLICK, 2009). Após a conclusão da fase de entrevista, os mesmos foram divididos em 02 grupos femininos e 01 grupo misto. A divisão em um grupo misto teve como intenção identificar e trabalhar no grupo, possíveis fatores relacionados à construção social do papel de homens e mulheres em relação à manutenção da saúde. E para maior fortalecimento, vínculo e confiança entre os participantes do grupo, os mesmos mantiveram-se iguais durante todos os encontros.

No espaço grupal ocorre o encontro de diferentes modos de existência, com produção de subjetividades. Assim, o processo grupal faz-se pelo significado das situações vivenciadas pelos sujeitos do grupo e no grupo, configurando um fenômeno mobilizador contínuo de mudanças e de inquietudes com a realidade (NOGUEIRA; MUNARI; SANTOS; OLIVEIRA; FORTUNA, 2013). Acatando esse fenômeno mobilizador, considerei a totalidade dos participantes, mesmo que alguns participantes não tenham comparecido a todos os encontros. Isto porque entendo que mesmo o idoso tendo comparecido a apenas um encontro, ele exerceu influência no processo grupal como um todo, concordando com Gaskell (2008, p.75) ao referir que um grupo “é mais do que a soma das partes: ele se torna uma entidade em si mesma”.

O Quadro Nº 02 apresenta a frequência dos participantes nos grupos de convergência por encontro, identificados pela letra “T”, de idoso, seguida de um número, preservando o anonimato.

QUADRO Nº 02: Participação dos integrantes do grupo a cada etapa da produção de dados. Vitória/ES. Out-Nov 2014.

Etapas da produção de dados	Grupo 1 Feminino		Grupo 2 Feminino		Grupo 3 Misto	
	N	Participantes	N	Participantes	N	Participantes
Entrevista	9	I01, I02, I03, I04, I05, I06, I07, I08, I09	12	I10, I11, I12, I13, I14, I15, I16, I17, I18, I19, I20, I21	11	I22, I23, I24, I25, I26, I27, I28, 29, I30, I31, I32
1º encontro	9	I01, I02, I03, I04, I05, I06, I07, I08, I09	11	I10, I11, I12, I13, I15, I16, I17, I18, I19, I20, I21	8	I22, I23, I25, I27, I28, I30, I31, I32
2º encontro	7	I01, I02, I05, I06, I07, I08, I09	12	I10, I11, I12, I13, I14, I15, I16, I17, I18, I19, I20, I21	7	I22, I23, I24, I26, I27, I31, I32
3º encontro	9	I01, I02, I03, I04, I05, I06, I07, I08, I09	12	I10, I11, I12, I13, I14, I15, I16, I17, I18, I19, I20, I21	10	I22, I23, I24, I25, I26, I27, I28, I30, I31, I32
4º encontro	9	I01, I02, I03, I04, I05, I06, I07, I08, I09	10	I10, I12, I13, I15, I16, I17, I18, I19, I20, I21	9	I22, I23, I24, I25, I27, I28, I30, I31, I32
TOTAL DE PARTICIPANTES: 32						

c. 2) Segunda etapa: desenvolvimento dos grupos de convergência

Foram realizados quatro encontros no decorrer do *Módulo de Saúde e Qualidade de Vida* com finalidades específicas no estudo, nas salas de aula do ED I e ED II do Departamento de Serviço Social do CCJE da UFES, às quintas-feiras à tarde, com duração média de 02h30min. Todas as salas possuíam estrutura que possibilitou o arranjo do grupo em círculos, bem ventiladas, com suporte multimídia (computador, datashow e internet) e quadro branco, com bom espaço para o desenvolvimento de dinâmicas.

Os encontros ocorreram com cada grupo em períodos distintos seguindo um cronograma pré-estabelecido entregue para cada participante, ficando sempre um grupo com a pesquisadora e outros dois grupos em atividade com auxiliares de pesquisa.

Os grupos acompanhados pelos auxiliares participaram de atividades que não interferiram nos objetivos do estudo, vez que esses grupos também participaram dos encontros de convergência em momentos a eles destinados. Para estes grupos, foram realizadas atividades como: cinco palestras (Quedas, Hipertensão, Diabetes Mellitus, Sexualidade, O Ser Envelhecendo) e atividade extra-sala na biblioteca com pesquisa no laboratório de informática sobre os temas das palestras. Para melhor compreensão da formação dos grupos de convergência, a Figura N^o 02 apresenta um gráfico-síntese de todo o processo.

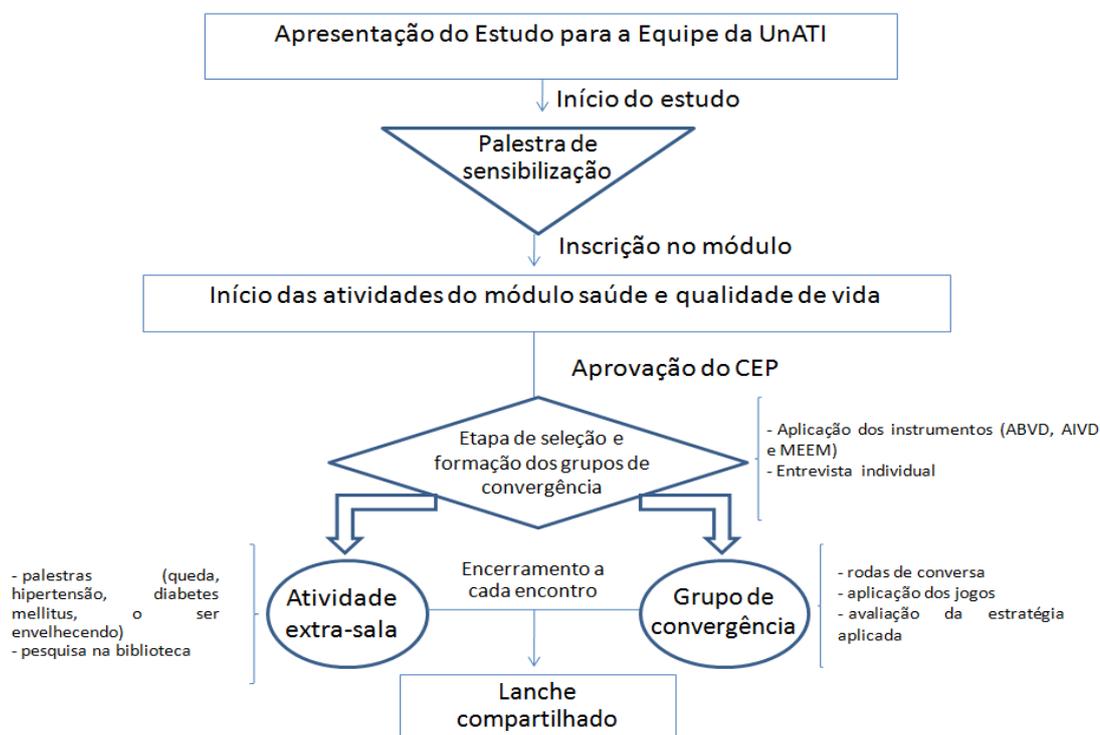


FIGURA N^o02. Gráfico-síntese da formação dos grupos de convergência.

Vitória/ES. Out-Nov 2014.

Para a realização dos grupos de convergência foi organizada uma roda para discussão da temática buscando aproximação entre os participantes e deles comigo, pesquisadora e facilitadora da atividade.

Após o término das atividades de todos os grupos, era organizado um lanche compartilhado, composto por biscoitos, bolo, café, chá e suco. Isso proporcionava um momento de interação de todo o grupo de forma descontraída e aconchegante ao final de cada encontro.

c. 3) Terceira etapa: desenvolvimento das rodas de conversa nos grupos de convergência

As rodas de conversa nos grupos de convergência ocorreram de forma a se criar um ambiente favorável ao processo educativo e dialógico proposto. As cadeiras eram posicionadas em círculo, possibilitando a participação de todos, com interação face a face e um bom contato ocular entre todos os participantes e a pesquisadora. Os auxiliares de pesquisa posicionaram-se fora da roda para um campo visual mais amplo e divergente do meu, sem interferência alguma na atividade proposta.

Ao iniciar cada encontro os participantes eram acolhidos por mim, que cumprimentava cada um deles pelo nome, entregava o crachá e convidava a sentar nos assentos organizados em círculo para o desenvolvimento da atividade. Ao final de cada encontro, todos os grupos se encontravam para um lanche compartilhado.

Em todos os encontros foi utilizado um roteiro para observação participante e a comunicação não verbal de modo a auxiliar no registro das observações do grupo e enriquecer os registros feitos em áudio para posterior análise do discurso (APÊNDICE C).

Primeiro encontro: para dinamizar a apresentação dos participantes, apliquei no grupo uma dinâmica intitulada “Corrente de nomes” (CARVALHO, 2013). Para tanto,

o grupo foi organizado em roda na posição de pé; em seguida, o primeiro participante apontava para si mesmo, dizendo o próprio nome, por exemplo, “Eu sou Paula”. Na sequência, o participante à direita se volta, olha para a Paula e dizia: “Oi Paula, eu sou Bernardo”. Então, quem estivesse à direita de Bernardo continuaria a corrente de nomes até que completasse o círculo. Essa dinâmica, que teve uma duração média de 10 minutos, enfatizou a importância do nome, do olhar, da escuta e do acolhimento. Em seguida houve a distribuição de crachás para cada participante se identificar conforme sua preferência (primeiro nome, sobrenome ou apelido), facilitando assim a sua interação no grupo.

Após o acolhimento iniciou-se a primeira roda de conversa utilizando um roteiro para condução do diálogo/reflexão sobre o tema “Envelhecimento Ativo e Saudável” (APÊNDICE B). O mesmo continha perguntas abertas para discussão e reflexão acerca do que é ser ativo e saudável, práticas que contribuem ou prejudicam o envelhecimento ativo e saudável.

Para facilitar a discussão e o entrosamento do grupo optei por empregar a TCS Almanaque para produção de desenhos livre sobre a questão geradora de debate: “o que é ser ativo e saudável?”. À medida que as participantes expressavam seus sentimentos e concepções através dos desenhos, iam explicando, argumentando e criando "naturalmente" a discussão acerca do tema central “saberes e práticas sobre o envelhecimento ativo e saudável”.

A TCS ajuda a apreender o mundo imaginário do sujeito, de modo que transcende a racionalidade e as diversidades das experiências e vivências com o emergir das expressões de criatividade e sensibilidade. Dessa forma, a expressão da subjetividade ganha forma concreta através do diálogo entre o pesquisador e o sujeito (SILVA; ALVIM; FIGUEIREDO, 2008).

Para o desenvolvimento da produção artística foram oferecidos papéis, lápis, canetas de diferentes cores e giz de cera. Vale ressaltar que todas as figuras publicadas em mídia utilizadas na pesquisa têm a identificação da obra e edição. Na construção do Almanaque pelos participantes idosos, as imagens individuais, expressas a partir da subjetividade, adquiriram forma concreta colaborando com a reflexão e implementação do diálogo entre mim, pesquisadora, e os participantes do estudo.

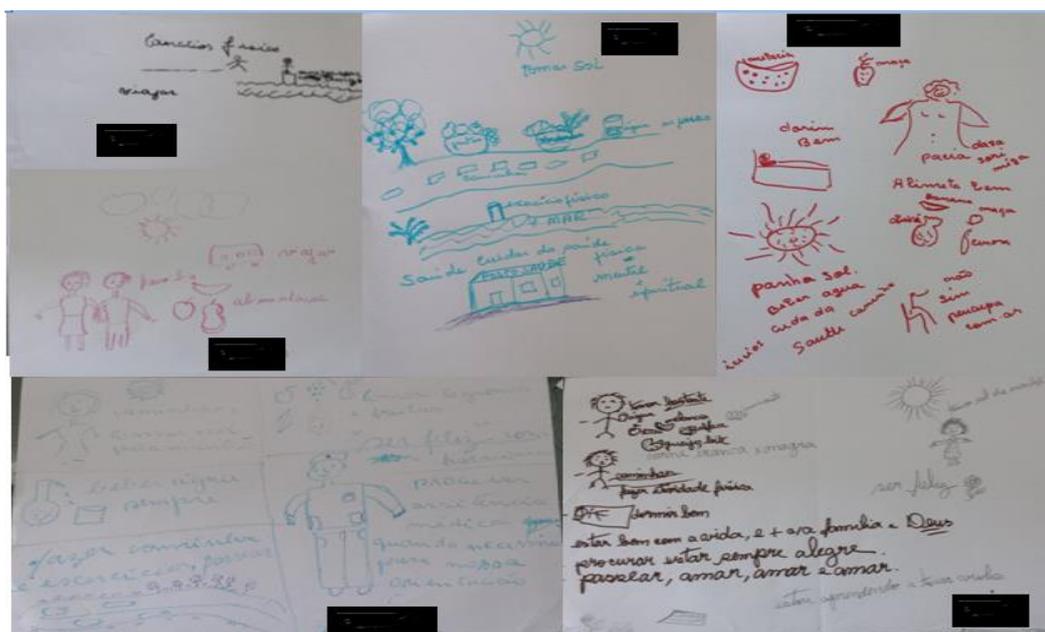


FIGURA Nº 03. Apresentação-Síntese das produções artísticas dos grupos de convergência produzidas no 1^o encontro. Vitória/ES. Out-Nov 2014.

Em seguida, iniciou-se uma discussão em torno das experiências vividas quanto às práticas para o envelhecimento ativo e saudável a partir das questões norteadoras de debate: como avaliam sua saúde? O que fazem para ter um envelhecimento ativo e saudável? O que fazem que comprometa ou pode comprometer o envelhecimento ativo e saudável? O que podem fazer para ter um envelhecimento ativo e saudável? Para este momento, os participantes poderiam fazer referência e articulações com os almanaques produzidos.

Após a discussão, com um tempo de duração planejado de até uma hora, foi solicitado aos participantes que elessem alguns temas relacionados à temática para que fossem aprofundados no próximo encontro, e, assim, criar uma oportunidade de dialogar sobre questões que envolviam seus saberes e práticas. O encontro foi encerrado com agradecimentos aos presentes e o convite para que todos comparecessem ao segundo encontro.

Segundo encontro: foi realizada uma dinâmica intitulada “Isto me recorda” (CARVALHO, 2013) que tem como objetivo exercitar a associação de ideias de forma lúdica com expressão afetiva, bem como facilitar a expressão de sentimentos e concepções fluindo espontaneamente a discussão sobre a temática. Em uma roda na posição sentada era pedido aos participantes que formassem frases curtas ou uma palavra que desse continuidade a seguinte frase: “Envelhecimento ativo e saudável me recorda...”. Era explicado que os participantes deveriam falar um por vez seguindo uma direção de livre escolha do grupo até que todos falassem. Com essa dinâmica, pretendeu-se sensibilizar os participantes quanto aos temas abordados proporcionando oportunidade de reflexão de suas experiências vividas.

A partir dos saberes e práticas dos idosos sobre envelhecimento ativo e saudável, foi adotado uma roda de conversa com aula expositiva dialogada para discutir os principais temas levantados pelos participantes incluindo outras informações relevantes para reforçar e acrescentar o conhecimento sobre o tema, trabalhando mitos, dúvidas e hábitos negativos.

Após a roda, foram levantados com o grupo os tipos de jogos que poderiam ser construídos para melhor assimilação do conteúdo abordado, a ser trabalhado no terceiro

encontro. Dentre os diversos jogos mencionados pelos três grupos foram eleitos quatro: jogo de memória, bingo, jogo de tabuleiro e quebra-cabeça.

Eleitos os tipos de jogos junto aos participantes, os mesmos foram construídos pela pesquisadora a partir dos saberes e práticas dos idosos acerca do envelhecimento ativo e saudável como uma intervenção educativa, e foi aplicado no grupo com vistas à construção e reconstrução de conhecimentos e transformação da realidade no terceiro encontro.

Oportuno mencionar que a prática lúdica na educação em saúde através de jogos foi testada em um estudo piloto desta tese com idosos do CAPI-UFES. Nesse estudo foi construído a partir dos saberes e práticas dos idosos um jogo de memória sobre envelhecimento ativo e saudável. Cada idoso deveria encontrar o par de cartas correspondente, explicando o seu significado a partir de todas as discussões acerca do tema. Sendo assim, além da estimulação cognitiva, o idoso deveria explicar o significado das cartas utilizando seus conhecimentos prévios e os recém-adquiridos.

Terceiro encontro: foram apresentados ao grupo os quatro jogos construídos: corrida para o envelhecimento saudável – jogo de tabuleiro; jogo de memorização sobre envelhecimento; quebra-cabeça gerontológico educativo; e bingo da alimentação saudável. Foram, também, explicados sua aplicação, com explicação de funcionamento e suas regras, deixando-os livre para escolher até dois jogos para este momento, e que se dividissem em grupos para aplicação do jogo. É importante dizer que no encontro de encerramento do módulo ‘saúde e qualidade de vida’, atendendo ao pedido de todos, oportunizei um momento com os três grupos juntos para que jogassem novamente os quatro jogos.

Não obstante, os quatro auxiliares de pesquisa foram distribuídos entre os participantes de cada jogo eleito no momento do encontro, a fim de coadjuvar no entendimento das regras, da aplicação do jogo e de outras dúvidas que pudessem emergir. E eu, pesquisadora, circulava entre os participantes observando a participação, o comportamento e outras informações relevantes para o estudo.



FIGURA Nº 04. Aplicação dos jogos nos grupos de convergência no 3º encontro. Vitória/ES. Out-Nov 2014.

Quarto encontro: após aplicação do jogo como estratégia lúdica de cuidado no 3º encontro, foi conduzida uma discussão para avaliação da estratégia implementada sendo utilizado um roteiro contendo perguntas abertas relacionadas à participação na estratégia educativa proposta (APÊNDICE D).

Somando-se a discussão quanto à avaliação da estratégia lúdica de cuidado, foi aplicada novamente a TCS denominada Almanaque, a fim de que a subjetividade da possível transformação dos saberes e práticas para crítico-reflexiva dos participantes ganhassem forma concreta a partir das produções artísticas.

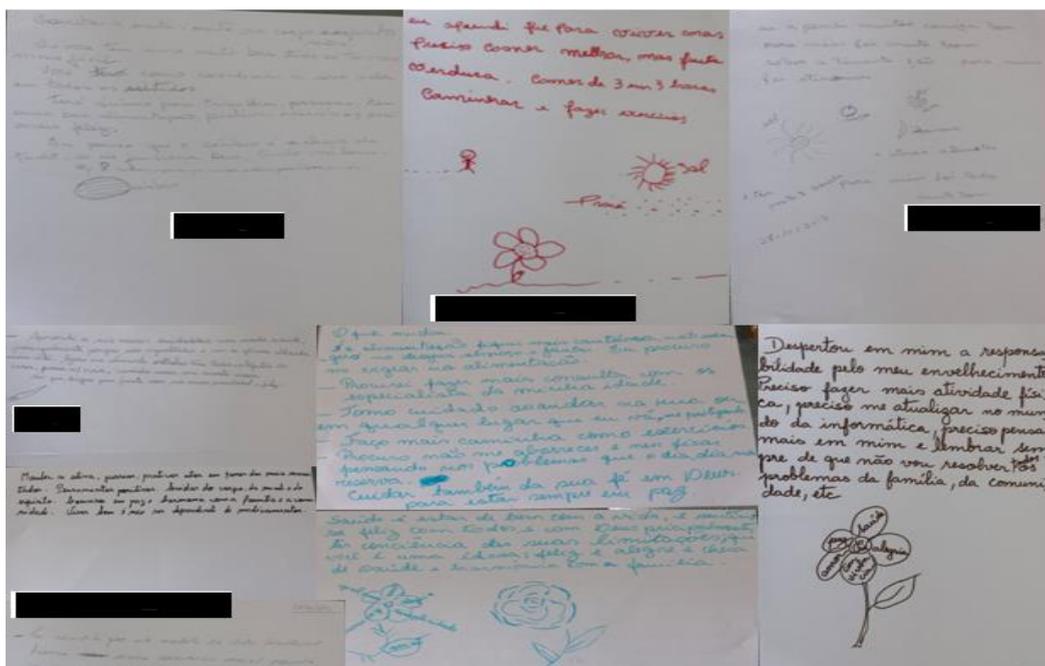


FIGURA Nº 05. Apresentação-Síntese das produções artísticas dos grupos de convergência produzidas no 4^o encontro. Vitória/ES. Out-Nov 2014.

O encontro foi encerrado com agradecimentos aos presentes pela colaboração no estudo e participação espontânea, além de firmado o compromisso em dar continuidade às atividades com o grupo no próximo semestre letivo (2015/01) atendendo as sugestões propostas.

Um grupo, quando formado para compor uma técnica de investigação empregada na PCA, deve alcançar a coesão, porque dependem dele as mudanças e ou inovações propostas no estudo. Para Trentini e Paim (2014) essa coesão percorre um processo contendo quatro fases, denominado “O Processo dos Quatro Erres: a fase de reconhecimento, a fase de revelação, a fase de repartir e a fase de repensar”.

A fase de reconhecimento caracterizou-se pela apresentação do estudo a equipe da UnATI e, posteriormente, aos idosos e a organização do espaço físico, garantindo ambiente adequado para o cumprimento das atividades. Na fase de revelação foram

oportunizadas discussões para compartilhamento de expectativas, exteriorização de dúvidas em relação à pesquisa; estabelecimento de acordos para o bom funcionamento do grupo garantindo privacidade, confidencialidade e frequência dos participantes. Na fase de repartir a partir do diálogo nas rodas de conversa, eleição dos tipos de jogos, os sujeitos participaram das discussões, compartilharam saberes e práticas sobre envelhecimento ativo e saudável, promovendo trocas e aproximação do saber científico e o saber popular, posteriormente concretizada na construção dos jogos. Na fase de repensar, ocorreu a discussão quanto à estratégia educativa aplicada, sendo o momento de avaliação e de sugestões.

d) Organização, Análise e Interpretação dos dados

Os dados foram organizados de acordo com as técnicas de produção de dados. Foram ordenados os dados de caracterização dos participantes e da transcrição das discussões grupais gravadas em áudio com mídia eletrônica; e a organização e digitalização das produções artísticas individuais.

Posteriormente, foi realizada a leitura flutuante do *corpus* do relatório produzido para apreensão das ideias principais e aplicação da Análise de Discurso (AD) tipo francesa com base na triangulação dos dados. Segundo Orlandi (2013, p. 26), a AD “visa à compreensão de como um objeto simbólico produz sentidos, como ele está investido de significância para e por sujeitos”. Para esse tipo de análise se pode conhecer melhor aquilo que faz do homem um ser especial com sua capacidade de significar e significar-se.

Para Orlandi (op.cit.), na perspectiva discursiva, a linguagem é linguagem porque faz sentido. E a linguagem só faz sentido porque se inscreve na história. Sendo assim, fragmentos discursivos dos diálogos dos sujeitos da pesquisa estão sendo

analisados, considerando, para isso, o contexto histórico-social em que o discurso foi produzido e o lugar de onde falam os interlocutores. Para a AD, o texto é visto como unidade de significação; é o lugar mais adequado para se observar o fenômeno da linguagem porque parte da totalidade, e não das partes segmentadas, procede-se analiticamente.

No registro textual, foram adotadas convenções de transcrição, utilizando os recursos apresentados no quadro 3 para o alcance da materialidade linguística do texto produzido, de forma a que se possa ter acesso as expressões dos momentos de produção de dados no interior dos grupos de convergência, de maneira mais fidedigna possível.

QUADRO Nº 03. Materialidade linguística para transcrição dos discursos.

SÍMBOLOS	ESPECIFICAÇÃO
Travessão (-)	Indica início de uma enunciação dialógica
Reticências (...)	Incompletude de pensamento
Sinal de maior (>)	Interrupção da fala de um participante por outro participante
Sinal de menor (<)	Interrupção da fala do participante pelo pesquisador
Vírgula (,)	Pausa breve da fala do participante
Ponto e vírgula (;)	Pausa longa da fala do participante
Ponto final (.)	Indica o término de uma enunciação dialógica
Exclamação (!)	Ênfase na frase
Interrogação (?)	Pergunta ou questionamento
Aspas (“...”)	Quando, na fala, o participante traz o discurso de outra pessoa.
Colchetes[]	Incompreensão de elementos da fala na transcrição
Asterisco (*)	Interrupção da enunciação do participante e posterior continuação da enunciação interrompida por ele mesmo.
Parênteses (texto)	Somar ao pensamento verbal enunciado as observações feitas pela pesquisadora e auxiliares de pesquisa sobre a postura do participante durante a enunciação.

Fonte: ORLANDI, E. P. **Análise de Discurso**: princípios e procedimentos. 11 ed. Campinas, SP: Pontes, 2013.

Afora a materialidade linguística, de modo a subsidiar a análise, também foi realizada a cronometragem das enunciações discursivas dos participantes, seguida da

descrição de como ocorreu e a circunstância em que ocorreu a participação de cada participante no movimento do grupo.

2.2 Implicações éticas

O projeto de pesquisa foi registrado na Plataforma Brasil e protocolado no Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem Anna Nery/Hospital Escola São Francisco de Assis, da Universidade Federal do Rio de Janeiro (CEP/EEAN/HESFA), respeitando-se todas as recomendações da Resolução nº 466/12, do Conselho Nacional de Saúde/MS, que dispõe sobre a pesquisa com a participação de seres humanos, sendo aprovado no dia 03/10/2014 sob o número 818.429 (ANEXO D).

Os participantes foram informados sobre os objetivos da pesquisa, com garantia de que sua identidade seria mantida em sigilo e que apenas as informações fornecidas seriam utilizadas e divulgadas para fins de pesquisa. Sua identificação foi feita através da letra “I” de idoso seguido de um numeral no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (APÊNDICE E). Cada grupo foi também identificado em grupo 1, grupo 2 e grupo 3. Após os esclarecimentos, quanto aos objetivos da pesquisa, a garantia de preservação do anonimato e confidencialidade dos resultados, os que manifestarem aquiescência assinaram o TCLE.

Vale ressaltar que as dificuldades que ocorreram especialmente no que se refere ao constrangimento de falar em público ou dificuldades de expressão das informações, foram abordadas pela pesquisadora a partir de técnicas de comunicação capazes de estimular e facilitar a expressão livre dos sujeitos.

Os resultados parciais e finais serão apresentados à instituição envolvida e divulgados publicamente nos meios acadêmicos, bem como em eventos promovidos pela UnATI e em instituições de assistência à pessoa idosa (Instituições de Longa

Permanência, CAPI-UFES, Centros de Convivência para a Terceira Idade), executando o processo de transferência do conhecimento produzido.

2.3. Critérios de Confiabilidade dos Resultados

Foram adotados os seguintes critérios de confiabilidade: domínio da temática por atuar na área de gerontologia; conhecimentos e experiências prévias no campo da pesquisa; desenvolvimento de teste piloto com idosos com características semelhantes aos selecionados para a tese, o que certamente contribuiu com os devidos aprimoramentos acerca do método e da abordagem individual e coletiva pretendida junto aos idosos; proposta de diferentes técnicas de produção de dados e triangulação na análise de seus resultados.

CAPÍTULO III

CONTEXTO DE PRODUÇÃO DO DISCURSO DOS PARTICIPANTES

Segundo Orlandi (2013), os dizeres não são apenas mensagens a serem codificadas, mas sim efeito de sentido produzido em condições determinadas e que estão de alguma forma presentes no modo como se diz. Essas condições de produção em sentido estrito é o contexto imediato, ou seja, a enunciação. E no sentido amplo é o contexto sócio-histórico-ideológico.

A partir da ideologia dos discursos produzidos, é possível apreender, de forma crítica, que o participante é produto histórico, efeito de discurso que sofre as determinações dos modos de assujeitamento das diferentes formas-sujeito na sua historicidade e em relação às diferentes formas de poder (ORLANDI, op.cit).

Deste modo, o contexto imediato envolve os participantes, a UnATI, a condição de viver o envelhecimento e o processo educativo grupal utilizando gerontotecnologia como recurso facilitador deste processo. E o contexto sócio-histórico-ideológico inclui: as relações que se estabelecem entre esses participantes com o meio social em que vivem; os fatores históricos, sociais e culturais relacionados ao processo de envelhecimento; as questões ideológicas que se associam aos hábitos de saúde e as transformações necessárias no estilo de vida.

Destarte, apresento a seguir, para uma melhor compreensão dos resultados, o perfil dos participantes envolvidos no estudo: características individuais, participação e integração no grupo a cada encontro, relação e influência do contexto na produção discursiva.

3.1. Formação e desenvolvimento dos grupos de convergência

Para traçar o perfil dos participantes foi adotado um formulário para descrição de suas características sócio-demográficas (TABELA N^o 01; QUADRO N^o 04), problemas de saúde e risco social, e informações sobre experiências prévias em atividades educativas. O estudo incluiu pessoas com idade entre 60 a 84 apresentando média de 69 anos de idade.

O desenvolvimento de ações educativas em saúde utilizando gerontotecnologia para a promoção do envelhecimento saudável e ativo torna-se importante para o idoso por colaborar para a conservação da memória e estimulação da socialização, considerando que nessa faixa etária a pessoa convive com mais frequência com falhas cognitivas. Assim, para diminuir tal perda de memória e conservá-la em operação, é fundamental o aumento de estímulos com atividades variadas (OLIVEIRA; COSTA; SANTOS; LEMOS, 2012).

No processo natural do envelhecimento são esperadas perdas cognitivas, que de maneira geral, se iniciam por prejuízos nos processos de memória no nível de conteúdos, função ou duração. No que se refere a conteúdos podem ser declarativas (evocação, recordação de fatos e eventos) e procedurais (habilidades manuais e motoras). Quanto às funções, referem-se às memórias remotas; enquanto à duração, pode ser de curto ou de longo prazo (IZQUIERDO, 2011).

Declínios na memória que podem levar desde pequenos esquecimentos sem grandes impactos para a manutenção da vida social, autonomia e independência, até os casos severos, como as demências, podem acarretar consequências diretas nos sistemas de saúde pública, haja vista que o envelhecimento da população é um fenômeno mundial e crescente.

TABELA Nº 01. Caracterização sociodemográfica dos idosos participantes.

Vitória/ES. Out-Nov 2014.

CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DOS IDOSOS			
Variáveis	Categorias	N	%
Idade	60 ____ 64 anos	08	25
	65 ____ 70 anos	15	46,88
	71 ____ 74anos	02	6,25
	≥ 75 anos	07	21,87
Cor	Branco (a)	17	53,13
	Preto (a)	08	25
	Pardo (a)	07	21,87
Gênero	Masculino	06	18,75
	Feminino	26	81,25
Estado civil	Solteiro (a)	08	25
	Casado (a)	07	21,87
	Divorciado (a)	03	9,36
	Viúvo (a)	14	43,77
Nº de filhos	Nenhum	07	21,87
	01 ____ 03 filhos	20	62,50
	04 ____ 06 filhos	04	12,50
	≥07 filhos	01	3,13
Mora sozinho	Sim	12	37,5
	Não	20	62,5
Anos de estudo	04 ____ 08 anos	10	31,25
	09 ____ 11 anos	07	21,88
	≥ 12 anos	15	46,87
Tipo de renda	Aposentadoria	23	71,88
	Pensionista	07	21,87
	Assalariado	02	6,25

Quadro N^o 04. Características sócio-demográficas dos participantes por grupo. Vitória/ES. Out-Nov 2014.

Grupo	Participantes	Idade	Cor	Sexo*	Estado Civil	Nº de filhos	Anos de Estudo	Mora Sozinho*	Profissão/ ocupação	Tipo de Renda	Religião	Realiza atividade física?*	Realiza atividade lazer/social?*
GRUPO I	I01	66	Branca	F	Casada	3	13	N	professora	Aposentadoria	Católica	S	S
	I02	61	Branca	F	Casada	2	13	N	GCE**	Assalariada	Católica	S	S
	I03	66	Parda	F	Viúva	3	9	N	lavradora	Aposentadoria	Católica	S	N
	I04	69	Preta	F	Solteira	0	12	N	costureira/artesã	Pensionista	Protestante	S	S
	I05	72	Branca	F	Casada	3	8	N	do lar	Aposentadoria	Católica	N	S
	I06	64	Preta	F	Viúva	3	5	S	do lar	Aposentadoria	Católica	S	S
	I07	72	Branca	F	Viúva	4	8	N	FP***	Aposentadoria	Católica	S	S
	I08	66	Parda	F	Solteira	3	4	N	costureira	Aposentadoria	Católica	S	S
	I09	64	Branca	F	Viúva	6	13	S	FP***	Assalariada	Católica	S	N
GRUPO II	I10	65	Parda	F	Solteira	0	11	S	do lar	Aposentadoria	Evangélica	N	N
	I11	69	Branca	F	divorciada	0	16	S	auxiliar de pedagogia	Aposentadoria	não possui	N	N
	I12	79	Branca	F	Viúva	3	12	N	do lar	Pensionista	Católica	S	S
	I13	69	Branca	F	Viúva	0	5	S	do lar	Aposentadoria	Católica	S	S
	I14	68	Preta	F	Casada	3	12	N	professora	Aposentadoria	Católica	S	S
	I15	61	Parda	F	Viúva	2	8	S	do lar	Pensionista	Católica	S	S
	I16	63	Branca	F	Casada	2	13	N	técnico de contabilidade	Aposentadoria	Católica	S	S
	I17	65	Parda	F	Casada	2	19	N	cabelereira/artesã	Aposentadoria	Católica	N	S
	I18	77	Branca	F	Viúva	2	10	S	FP***	Aposentadoria	Católica	S	S
	I19	75	Preta	F	Viúva	2	14	N	pedagoga	Aposentadoria	Católica	N	N
	I20	61	Preta	F	Solteira	1	12	N	Copeira	Aposentadoria	Protestante	N	S
	I21	69	Branca	F	Viúva	3	15	N	FP***	aposentadoria/ pensionista	Católica	S	S

Quadro N^o 04 (cont.). Características sócio-demográficas dos participantes por grupo. Vitória/ES. Out-Nov 2014.

Grupo	Participantes	Idade	Cor	Sexo*	Estado Civil	Nº de filhos	Anos de Estudo	Mora Sozinho*	Profissão/ ocupação	Tipo de Renda	Religião	Realiza atividade física?*	Realiza atividade lazer/social?*
G R U P O III	I22	70	Branca	F	Viúva	5	8	N	FP***	aposentadoria/ pensionista	Católica	S	S
	I23	66	Branca	F	Solteira	1	11	S	FP***	Aposentadoria	Espírita	N	S
	I24	76	Branca	F	Viúva	3	11	N	do lar	aposentadoria/ pensionista	Católica	S	N
	I25	68	Parda	F	Viúva	2	5	S	autônoma	Pensionista	Evangélica	S	N
	I26	76	Preta	M	Viúvo	0	6	S	mecânico	Aposentadoria	Católico	S	N
	I27	69	Preta	F	Solteira	0	17	N	professora	Aposentadoria	Católica	S	S
	I28	63	Branca	M	Divorciado	1	17	N	técnico de segurança do trabalho	Aposentadoria	Católico	S	S
	I29	64	Branca	M	Divorciado	5	15	S	administrativo	Aposentadoria	Protestante	N	S
	I30	67	Parda	M	Solteiro	0	9	S	cozinheiro	Aposentadoria	Protestante	S	N
	I31	83	Preta	M	Casado	7	11	N	Porteiro	Aposentadoria	Evangélico	S	S
I32	85	Branca	M	Solteiro	1	5	N	eletricista	Aposentadoria	Católico	S	S	

*Legenda para sexo, mora sozinho, realiza atividade física e realiza atividade de lazer/social: Feminino: F; Masculino: M; Não: N; Sim: S

Gerente de comércio exterior *Funcionária Pública

Destacaram-se no estudo, idosos do gênero feminino (81,25%), brancos (53,13%), viúvos (43,77%), aposentados (71,88%) e não moram sozinhos (62,5%). Este predomínio feminino é em geral explicado pelo fato de as mulheres viverem mais que os homens, logo, têm maior possibilidade de vivenciar doenças e incapacidades. Além disso, as mulheres idosas experimentam uma probabilidade maior de ficarem viúvas e em situações socioeconômicas desvantajosas (ALENCAR; BRUCK; PEREIRA; CÂMARA; ALMEIDA, 2012). De acordo com o Censo de 2010, o Brasil possui uma relação de 96,0 homens para cada 100 mulheres, como resultado de um excedente de 3.941.819 mulheres em relação ao número total de homens (IBGE, 2011).

Quanto às variáveis econômicas e sociais como escolaridade, ocupação e renda, as características do cenário do estudo evidenciam um maior predomínio de participantes que declaram a aposentadoria (71,88%) como renda, sendo esta suficiente para as necessidades básicas (78,12%), e possuem mais de 12 anos de estudo (46,87%).

Um maior nível de escolaridade é reflexo de um maior poder aquisitivo que permite uma longevidade com qualidade, devido à possibilidade de aquisição de serviços privados e de convênios, equipamentos de apoio e uma inserção social mais ativa (MELO; FERREIRA; TEIXEIRA, 2014). Constata-se que a maior parte da renda dos idosos provém da Seguridade Social como aposentadoria, pensões e benefícios da assistência social, sendo a aposentadoria a principal fonte de renda entre as mulheres idosas.

Convém ressaltar a importância das mulheres neste nosso mundo que envelhece, e mesmo com maior inclusão no mercado de trabalho nas últimas décadas, ainda existem desigualdades salariais quando comparadas aos homens. Tais fatos podem influenciar a saúde e a condição econômica, afetando de forma negativa a sua qualidade

de vida ao envelhecer (SILVA; KARINO; MATTOS; CAMPOS; SPAGNUOLO, 2009).

No entanto, foram encontrados participantes com nível menor de escolaridade (31,25% com 4 a 8 anos de estudo) que podem apresentar maior grau de dificuldade no acesso à informação e ao processo de aprendizagem para a realização de cuidados, uma vez que a desigualdade social no acesso e na utilização dos serviços da saúde está relacionada, dentre outros fatores, ao nível de educação das pessoas (CNDSS, 2008).

A baixa escolaridade pode favorecer a não adesão ao plano terapêutico pela dificuldade para ler e entender a prescrição, bem como pode limitar o acesso às informações, provavelmente em razão do comprometimento das habilidades de leitura, escrita e fala, além da compreensão dos complexos mecanismos da doença e do tratamento, e do próprio processo de envelhecimento (RODRIGUES; SANTOS; TEIXEIRA; GONELA; ZANETTI, 2012).

Estudo de Santos, Tavares e Barbosa (2010) observou que a idade, o sexo, a renda, a escolaridade e a etnia estavam relacionadas à maior chance de os idosos apresentarem dificuldades para realizar as atividades instrumentais da vida diária. Isto significa que para que o ser humano possa envelhecer com qualidade, vários fatores devem ser considerados, como: idade, sexo, arranjo familiar, estado conjugal, educação, renda, doenças crônicas e capacidade funcional.

Nesse sentido, o conhecimento prévio dessas variáveis, sobretudo o nível de escolaridade dos participantes, foi fundamental para o planejamento e a condução das atividades no grupo, prevendo estratégias não excludentes. Entendo que o educador na área da saúde deve atentar-se a conhecer a pessoa que está assistindo. Assim, poderá escolher, junto com o idoso, a estratégia mais efetiva que proporcionará sua participação

mais ativa, no que tange o entendimento da complexidade e particularidades do ser envelhecete.

Quanto aos problemas de saúde, a maioria dos idosos (90,62%) referiu ter 01 ou mais doenças crônico-degenerativas, 56,25% fazem uso de pelo menos uma medicação e 28,13% fazem uso de mais de 5 medicamentos de forma regular (TABELA N^o 02).

As doenças ou condições de saúde podem comprometer os sistemas funcionais por diversos mecanismos e causar incapacidades e óbito. Portanto, devem ser prontamente reconhecidas no idoso e manejadas de forma adequada, evitando-se assim a iatrogenia ocasionada pela polipatologia (≥ 5 diagnósticos), poli-incapacidades (≥ 2 incapacidades) e polifarmácia (≥ 5 drogas/dia) (MORAES, 2012). Grande parte da iatrogenia resulta do desconhecimento e das peculiaridades da abordagem ao idoso.

TABELA N^o 02. Caracterização dos problemas de saúde dos participantes.

Vitória/ES. Out-Nov 2014.

CARACTERIZAÇÃO DOS PROBLEMAS DE SAÚDE			
Variáveis	Categorias	N	%
Apresenta 01 ou mais Doenças crônico-degenerativas	Sim	29	90,62
	Não	03	9,38
Medicamentos em uso regular por dia	01__04	18	56,25
	05__08	09	28,13
	Nenhuma	05	15,62
Índice de Massa Corpórea (IMC= P/A ²)	<22 kg/m ²	2	6,25
	22__27 kg/m ²	13	40,62
	>27 kg/m ²	17	53,13

Segundo os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010), o envelhecimento do organismo por si só já diminui a capacidade funcional do ser humano, e as doenças crônicas tendem a acelerar esse processo, principalmente, se não houver acompanhamento especializado. Dessa forma, na medida em que os índices

de esperança de vida crescem, há uma tendência de aumento da incapacidade funcional da população idosa. E, conseqüentemente, uma maior demanda dos serviços de saúde a esse grupo em especial.

Outra variável observada foi o índice de massa corpórea (IMC) maior que 27kg/m^2 (53, 13%), que significa obesidade (TABELA N^o 02). Segundo *Nutrition Screening Initiative* - NSI (1992) os pontos de corte para IMC no idoso são: $<22\text{kg/m}^2$ desnutrição, $22\text{-}27\text{kg/m}^2$ eutrofia e $>27\text{kg/m}^2$ obesidade. Esse aumento nos escores de corte no idoso, explica-se devido à alteração corpórea típica do envelhecimento, quando ocorrem aumentos progressivos da massa de gordura corporal.

Há duas formas de má alimentação que afetam o idoso: a desnutrição e a obesidade. As causas da obesidade são numerosas, complexas e não completamente entendidas. Mas é fundamental conhecer os fatores que influenciam os indivíduos idosos na sua seleção de alimentos: renda, composição familiar, hábitos e valores culturais, religião, etnia e sexo. Além disso, as necessidades nutricionais são influenciadas pelo estado geral de saúde; alterações na capacidade de mastigar e digerir os alimentos e de absorver e aproveitar os nutrientes; modificações no sistema endócrino, no estado emocional e na saúde mental (NAJAS; MAEDA; NEBULONI, 2013). Desta forma, a avaliação nutricional do idoso deve constar da avaliação multiprofissional e de suas ações educacionais, uma vez que o idoso com obesidade ou desnutrição está sujeito a riscos de saúde corporal e mental.

Outras alterações que afetam a alimentação e a nutrição do idoso são: aumento do tecido adiposo; redução da massa muscular; redução da água corporal total; perda do paladar e olfato; diminuição na produção de pepsina e do ácido clorídrico, com conseqüente diminuição na ingestão de alimentos e na absorção de vitamina B₁₂, ferro e folato, dentre outras substâncias (NAJAS; MAEDA; NEBULONI, 2013). As alterações

inerentes ao processo de envelhecimento associado ao sedentarismo aumenta a condição de obesidade no idoso.

A desnutrição merece especial atenção por sua grande associação com a morbimortalidade, como: presença de doenças altamente consumptivas como o câncer; doenças ou alterações do trato digestório; depressão e alterações cognitivas (demência); dificuldade para deglutir, presença de disfagia; alteração do paladar; viver sozinho, que em geral está associado a uma alimentação mais monótona, podendo assim tornar-se deficiente tanto em qualidade quanto em quantidade de nutrientes; perda da capacidade funcional, que pode dificultar a compra e/ou o preparo da alimentação; problemas bucais e/ou dentários, que alteram a escolha dos alimentos; efeitos colaterais dos medicamentos; fatores sociais como a pobreza; e outros problemas de saúde, como as infecções (NAJAS; YAMATTO, 2008).

Quanto à prática de atividade física e/ou de lazer/social, a maioria dos participantes referiu-a, estando presente em 75% e 71,87% respectivamente. As atividades físicas mais citadas foram: caminhada, hidroginástica e ginástica (academia popular da pessoa idosa). As atividades de lazer ou social mais citadas foram: igreja, grupo de idosos, além da participação semanal na UnATI que é realizada por todos os participantes (TABELA N^o 03; QUADRO N^o 05).

TABELA N^o 03. Atividade física e de lazer/social dos participantes. Vitória/ES.

Out-Nov 2014.

Variáveis	Categorias	N	%
Prática de atividade física	Sim	24	75
	Não	8	25
Prática de atividade de lazer/social	Sim	23	71,87
	Não	9	28,13

QUADRO N^o 05. Tipo da atividade física e de lazer/social dos participantes. Vitória/ES. Out-Nov 2014.

Identificação na pesquisa	Realiza atividade física?*	Caso sim, qual e frequência?	Realiza atividade lazer/social?*	Caso sim, qual e frequência?
I01	S	pilates/ 2x por semana	S	Igreja/ diariamente
I02	S	hidroginástica/2x por semana	S	Baile da terceira idade/1x por semana
I03	S	hidroginástica/3x por semana	N	
I04	S	caminhada/3x por semana	S	Teatro e festa/ 1x por mês
I05	N		S	Igreja/2x por semana
I06	S	ginástica/3x por semana	S	Movimento feminista/ 2x por mês
I07	S	ginástica/diariamente	S	Igreja e aula de violão/ 2x por semana
I08	S	ginástica/2x por semana	S	Centro de Referência de Atenção Social e Centro de convivência da terceira idade / 4x por semana
I09	S	ginástica/3x por semana	N	
I10	N		N	
I11	N		N	
I12	S	hidroginástica/3x por semana	S	Bordado e tricô/ diariamente
I13	S	pilates/ 3x por semana	S	Centro de convivência da terceira idade/ 2x por semana
I14	S	fisioterapia/2x por semana	S	Centro de convivência da terceira idade/ 1x por semana
I15	S	ginástica/diariamente	S	Passeio com amigos ou familiares/1x por mês
I16	S	caminhada/3x por semana	S	Passeio com amigos ou familiares/1x por mês
I17	N		S	Igreja/1x por semana
I18	S	dança/2x por semana	S	Igreja/1x por semana
I19	N		N	
I20	N		S	Igreja/1x por semana
I21	S	musculação e pilates/2x por semana	S	Teatro/1x por mês
I22	S	dança/2x por semana	S	Centro de convivência da terceira idade/ 1x por semana

QUADRO N^o 05 (cont.). Tipo da atividade física e de lazer/social dos participantes. Vitória/ES. Out-Nov 2014.

Identificação na pesquisa	Realiza atividade física?*	Caso sim, qual e frequência?	Realiza atividade lazer/social?*	Caso sim, qual e frequência?
I23	N		S	Baile da terceira idade/2x por semana
I24	S	caminhada/3x por semana	N	
I25	S	caminhada/diarimente	N	
I26	S	caminhada/diariamente	N	
I27	S	caminhada/3x por semana	S	Igreja e almoço com a família/ 1x por semana e viagem
I28	S	futebol e volei/ 2x por semana	S	Baile da terceira idade/1x por semana
I29	N		S	Igreja/ diariamente
I30	S	alongamento/ diariamente	N	
I31	S	Caminhada/diariamente	S	Passeio com grupo de idosos/1x por mês
I32	S	dança/2x por semana	S	Encontro com amigos na praça/diariamente

*Legenda: Sim: S; Não:N

A adesão do grupo à prática de atividade física pode estar relacionada ao fato de todos participarem pelo menos de uma atividade social, como a UnATI. O incentivo de amigos e familiares, a procura por companhia ou ocupação, alguns programas específicos de atividade física (p.ex., academia popular da pessoa idosa) e, principalmente, a orientação do profissional de saúde estimulando a população idosa a incorporar um estilo de vida mais saudável e ativo, são alguns aspectos facilitadores para a prática de atividade física influenciando positivamente o idoso (BRASIL, 2007).

A inatividade física é um dos fatores de risco mais importantes para as doenças crônicas, associadas à dieta inadequada, além do estilo de vida moderno que propicia o gasto da maior parte do tempo livre em atividades sedentárias, como por exemplo, assistir televisão.

O planejamento de programas de atividade física e lazer para o idoso por instituições públicas e privadas é garantido por lei, conforme consta no Estatuto do Idoso, nos capítulos IV e V: o direito à saúde, ao esporte e ao lazer (BRASIL, 2003).

Entretanto, se faz necessário que os profissionais de saúde tornem o idoso participativo no seu cuidado, pois a prática de atividade física regular só terá benefícios se o idoso apoderar-se de conhecimento, desenvolvendo assim hábitos saudáveis. Para tal, as redes de suporte social facilitam a disseminação de informações, o que encoraja a realização de desejos individuais, pois as mesmas proporcionam companhia, segurança e ajuda, o que é essencial à promoção de saúde de grupos particularmente vulneráveis à solidão, como é o caso dos idosos (SALIN; MAZO; CARDOSO; GARCIA, 2011).

No que se referem aos riscos sociais nesse estudo, estes são fatores contextuais no âmbito familiar e ambiental que quando fragilizados dão origem a síndromes geriátricas como incapacidade cognitiva e comunicativa, além da insuficiência familiar, cuja abordagem é muito complexa (TABELA N^o 04).

A composição familiar, a saúde psicossocial, a capacidade de socialização e integração social são considerados fatores protetores da saúde e bem-estar do idoso (MORAES, 2012). Além disso, é frequente encontrar idosos cuidando de outros idosos, por sua vez, tão ou mais frágeis quanto os que estão sendo cuidados, ocasionando uma sobrecarga e nível alto de estresse; violência, abuso e maus-tratos contra a pessoa idosa; analfabetismo que pode influenciar no acesso a informação e uma adesão inadequada ou

insuficiente no tratamento; e condições precárias de moradia e financeira por ter a aposentadoria como única fonte de renda para todo o grupo familiar.

No entanto, diferente do encontrado no âmbito geral, 71,87% não se sentem sós ou isolados na maior parte do tempo, 96,87% não cuidam de alguém dependente, 75% se sentem amparados pelos seus familiares, 93,75% não apresentam dificuldade de comunicação, 62,5% não possuem ressentimento significativo por alguma perda afetiva, 100% são alfabetizados e 78,12% referem sua renda suficiente para as necessidades básicas. Este resultado pode ser entendido como reflexo do bom nível de escolaridade, realização de práticas físicas e sociais.

TABELA N^o 04. Apresentação da variável risco social dos participantes.

Vitória/ES. Out-Nov 2014.

CARACTERIZAÇÃO DOS RISCOS SOCIAIS			
Variáveis	Categorias	N	%
Solidão/isolamento social (o(a) Sr (a) se sente só ou isolado na maior parte do tempo?)	Sim	09	28,13
	Não	23	71,87
Cuidador (o(a) Sr (a) cuida de alguém dependente?)	Sim	01	3,13
	Não	31	96,87
Suporte familiar insuficiente (o(a) Sr (a) se sente amparado pelos seus familiares?)	Sim	24	75
	Não	08	25
Dificuldade de comunicação	Sim	02	6,25
	Não	30	93,75
Luto (o(a) Sr (a) tem se ressentido por alguma perda afetiva significativa?)	Sim	12	37,50
	Não	20	62,50
Analfabetismo	Sim	00	0
	Não	32	100
Renda suficiente (sua renda é suficiente para as necessidades básicas?)	Sim	25	78,12
	Não	07	21,88

É importante ressaltar que a depressão é causa importante de morbidade, sofrimento e incapacidade, e afeta sensivelmente a qualidade de vida do idoso. Os sintomas depressivos geralmente levam a comprometimentos funcionais, deixando o idoso sem autonomia e mais dependente na realização das atividades cotidianas, estando também relacionadas ao aumento do número de idosos acamados. Tais sintomas podem

influenciar negativamente o nível de atividade física, a socialização, o convívio familiar, assim como o desempenho cognitivo (ALENCAR; BRUCK; PEREIRA; CÂMARA; ALMEIDA, 2012).

Do total dos sujeitos da pesquisa, 56,25% relataram nunca ter participado de atividade educativa sobre envelhecimento ativo e saudável, e 75% nunca participaram de atividades educativas com práticas lúdicas (TABELA N^o 05).

TABELA N^o 05. Participação dos idosos em atividades educativas sobre envelhecimento ativo e saudável com práticas lúdicas. Vitória/ES. Out-Nov 2014.

Variáveis	Categorias	N	%
Já participou de alguma atividade educativa sobre envelhecimento saudável?	Sim	14	43,75
	Não	18	56,25
Já participou de alguma atividade educativa com práticas lúdicas?	Sim	08	25
	Não	24	75

Segundo os discursos parafrásticos produzidos pelos participantes, as atividades educativas com práticas lúdicas são vistas como facilitadoras do entrosamento, motivação e estimulação da mente (I11) e remetem às recordações da infância (I27). Outros referiram que essas atividades podem contribuir com a redução de problemas de saúde e suas complicações:

“Eu acho excelente! Porque no meu caso, por exemplo, eu sou sozinha, tenho dois cachorros e não saio de casa. Então! Eu acho bom! Que é uma oportunidade que você tem de lazer, ter oportunidade de você raciocinar, fortalecer o cérebro com atividades de raciocínio, de memorização. O fato de fazer amizades, conhecer pessoas. Isso tudo é bom para a memória né? Só o fato de conhecer uma pessoa nova, já ajuda a memória né?”(I11)

Eu vou gostar muito desse tipo de palestras com jogos. É uma maneira da gente, às vezes, até recorda muita coisa né? Da infância!”(I27)

“Eu acho isso ótimo! Porque tudo que a gente pratica, principalmente nós que somos idosos né? Eu acho que toda atividade ela é muito boa para a mente da gente e para o físico também. Porque tudo ajuda! Porque eu tive a experiência com meu esposo. Ele aposentou e se acomodou. Ele nem uma caminhada fazia. Então, aquilo tudo pra ele, deu Alzheimer. Deu um monte de coisa entendeu? E eu acho que se ele tivesse feito alguma atividade, participado de alguma coisa, teria sido bom para ele” (I25)

Entretanto, segundo os discursos dos participantes a referência do profissional de enfermagem nessas atividades abordando temas não focados na doença, não é comum:

Eu só queria dar os parabéns para você (dirigiu-se a entrevistadora)! Porque eu não pensei que sua área fosse enfermagem, eu pensei que fosse social. Mas imagino que essa proposta realizada por você, irá mais fundo devido ao seu conhecimento, né? (I28)

Pude perceber nos discursos dos idosos e nas minhas observações empíricas que eles percebem o envelhecimento como sinônimo do surgimento de doenças e que são pouco valorizados na sociedade, inclusive na família, mas que possuem potencialidades para aprender coisas novas. A expectativa de participar de atividades educativas e a inserção de jogos na aprendizagem era algo muito positivo por acreditarem que dessa forma o conhecimento seria compartilhado com leveza, o que ajudaria na sua apreensão.

Os quadros apresentados a seguir (06, 07 e 08) descrevem a forma de participação dos idosos nos encontros desenvolvidos com cada grupo: grupo 1 (feminino), grupo 2 (feminino) e grupo 3 (misto).

QUADRO N^o06. Frequência e observações da pesquisadora quanto à forma de participação dos sujeitos nos encontros do Grupo1 (feminino). Vitória/ES. Out-Nov 2014.

Participante	Frequência nas rodas	Participação
I01	1 ^a , 2 ^a , 3 ^a e 4 ^a	Enfatizou a importância da união e do amor na família para um envelhecimento saudável e ativo. Mais observadora, entretanto, colaborou em todas as discussões das rodas. Identificou-se com a estratégia educativa, participando com entusiasmo e competitiva. Destacou sua vivência com jogos com os netos e na sua profissão, contribuindo com o grupo.
I02	1 ^a , 2 ^a , 3 ^a e 4 ^a	Falou pouco, mas demonstrou-se interessada e atenta durante as discussões. Destacou a necessidade de ser saudável e ativo para lidar com as adversidades que aparecem no processo de envelhecimento, bem como a importância de ter um companheiro e amigos nessa etapa da vida.
I03	1 ^a , 3 ^a e 4 ^a	Pouco tímida, com fala de tom baixo, compartilhou seus problemas de saúde que interferiram de forma negativa em suas atividades básicas e instrumentais da vida. Embora orientada, em acompanhamento profissional, apresenta dificuldade de realizar o tratamento proposto principalmente no que se refere à alimentação, conforme constatado na sua produção discursiva.
I0	1 ^a , 3 ^a e 4 ^a	Muito falante, com participação ativa durante as discussões. Compartilhou sua experiência de vida, seus problemas de saúde que incluiu além do diabetes e a hipertensão arterial, a hepatite adquirida após uma transfusão de sangue. Apresentando um discurso firme e seguro sobre a necessidade do equilíbrio mente-corpo-alma para um envelhecimento saudável e ativo.
I05	1 ^a , 2 ^a , 3 ^a e 4 ^a	Adotou uma postura fechada, com falas um pouco agressivas e desmotivadas. Entretanto, no decorrer dos grupos de convergência foi se permitindo abertura e em seu discurso em uma das discussões, relatou que ela havia se transformado em outra pessoa, mais ouvinte e mais calma e que estava se sentindo mais feliz.
I06	1 ^a , 2 ^a , 3 ^a e 4 ^a	Participou das discussões no grupo, com predomínio de frases curtas, com uma postura mais tímida, observadora, até mesmo retraída. Entretanto, manifestou interesse pela estratégia educativa implementada.
I07	1 ^a , 2 ^a , 3 ^a e 4 ^a	Demonstrou muito entusiasmo, alegria e curiosidade pela atividade proposta, despertando risos nos colegas durante as discussões. Participou ativamente das discussões e do jogo com muito interesse, sempre interagindo com o grupo, compartilhando dúvidas e experiências.
I08	1 ^a , 2 ^a , 3 ^a e 4 ^a	Muito divertida, sempre atenta, demonstrando interesse em saber o que poderia melhorar sua condição de saúde, evidenciando medos e preocupações quanto ao envelhecer e os problemas do dia-a-dia.
I09	1 ^a , 2 ^a , 3 ^a e 4 ^a	Participou das discussões de forma pontual, mas com segurança. Compartilhou experiências sobre sua mudança no estilo de vida, evidenciando a necessidade de uma reeducação alimentar e prática do exercício físico.

QUADRO N^o 07. Frequência e observações da pesquisadora quanto à forma de participação dos sujeitos nos encontros do Grupo 2 (feminino). Vitória/ES. Out-Nov 2014.

Participante	Frequência nas rodas	Participação
I10	1 ^a , 2 ^a , 3 ^a e 4 ^a	Participação no grupo de forma pontual, sempre preocupada com a disciplina de uma vida regrada para uma vida saudável.
I11	1 ^a , 2 ^a e 3 ^a	Participou do grupo com uma postura mais ouvinte, mas compartilhou os problemas que estava enfrentando devido à depressão comovendo todo o grupo. Relatou que procurava a UnATI para maior interação e como ajuda para enfrentar o que estava passando no seu dia-a-dia.
I12	1 ^a , 2 ^a , 3 ^a e 4 ^a	Participou de forma ativa nas discussões, verbalizando espontaneamente sempre enfatizando a importância da família, do reflexo de suas ações ao longo da vida na velhice. Ficou muito comovida com a situação de vida atual da I11, colocando-se à disposição para realizarem atividades juntas.
I13	1 ^a , 2 ^a , 3 ^a e 4 ^a	Comportamento mais fechado, adotou uma postura mais observadora, participando somente nos momentos que era instigada pela entrevistadora. Destacou a importância da fé, da necessidade de seguir uma religião.
I14	1 ^a e 3 ^a	Participou mais passivamente, adotando uma postura observadora, mas colaborou com as discussões e interagiu bem com o grupo. Demonstrou preocupação em administrar os remédios corretamente e no horário certo.
I15	1 ^a , 2 ^a , 3 ^a e 4 ^a	Muito tímida, mas conseguiu participar das discussões de forma espontânea. Demonstrou preocupação com a alimentação e da necessidade de equilíbrio corpo-mente-alma.
I16	1 ^a , 2 ^a , 3 ^a e 4 ^a	Muito observadora, de poucas palavras com participação mais passiva, porém com boa interação com o grupo.
I17	1 ^a , 2 ^a , 3 ^a e 4 ^a	Bem humorada, preocupada com a aparência, demonstrou ser solidária. Compartilhou sua dedicação ao artesanato e de como é importante manter a mente ativa sempre estimulada.
I18	1 ^a , 2 ^a , 3 ^a e 4 ^a	Apesar de tímida, participou ativamente das discussões destacando sempre a necessidade de autonomia e independência. Não se identificou com os jogos, mas referiu ter entendido que se trata de uma estratégia efetiva para educação em saúde.
I19	1 ^a , 2 ^a , 3 ^a e 4 ^a	Interagiu bem com o grupo, com participação espontânea, verbalizando sempre com firmeza e segurança em suas afirmativas.
I20	1 ^a , 2 ^a , 3 ^a e 4 ^a	Demonstrou satisfeita com as atividades, compartilhou suas angústias quanto à criação do irmão adotivo após a morte de sua mãe, e quanto essa perda ainda é ressentida por ela.
I21	1 ^a , 2 ^a , 3 ^a e 4 ^a	Muito observadora, quieta, mais ouvinte, interessada em aprender, tirando dúvidas e compartilhando experiências.

QUADRO N^o 08. Frequência e observações da pesquisadora quanto à forma de participação dos sujeitos nos encontros do Grupo 3 (misto). Vitória/ES. Out-Nov 2014.

Participante	Frequência nas rodas	Participação
I22	1 ^a , 2 ^a , 3 ^a e 4 ^a	Participou espontaneamente, de forma ativa, demonstrando interesse nos temas e atividades propostas.
I23	1 ^a , 2 ^a , 3 ^a e 4 ^a	Participou ativamente das discussões evidenciando sempre a importância do engajamento do idoso na política, participando dos eventos do conselho municipal do idoso. Mostrou-se decepcionada com os profissionais de saúde, que muitas vezes não atendem com acolhimento e não dão importância ao que o idoso tem a dizer.
I24	2 ^a , 3 ^a e 4 ^a	Participativa, interessada, ressaltou a importância de não se acomodar, deixando as outras pessoas fazerem aquilo que podem fazer.
I25	1 ^a , 3 ^a e 4 ^a	Demonstrou-se feliz, mais observadora e passiva nas discussões. Destacou a necessidade de ser feliz sempre, para um envelhecimento saudável e ativo.
I26	2 ^a e 3 ^a	Adotou uma postura observadora e passiva. Participou apenas de duas rodas, alegando problemas pessoais para a sua ausência.
I27	1 ^a , 2 ^a , 3 ^a e 4 ^a	Adotou uma postura ativa no grupo, pontuando a necessidade da atividade física para manutenção do equilíbrio do corpo para evitar quedas.
I28	1 ^a , 3 ^a e 4 ^a	Muito sorridente, participativo e interagiu bem com o grupo, principalmente durante a atividade com os jogos. Destacou a importância de chegar à velhice com condição financeira equilibrada, a necessidade de cautela com gastos desnecessários e de sempre ter metas na vida independente da idade.
I29	3 ^a	Apresentou-se muito confuso, relatando problemas com o filho portador de esquizofrenia. Interessado pela atividade proposta, mas não compareceu nas rodas de discussão, apenas no momento destinado aos jogos.
I30	1 ^a , 3 ^a e 4 ^a	Nas discussões demonstrou estar atualizado, segundo ele por acompanhar programas na televisão sobre temas de saúde e política. Adotou uma postura mais passiva e observadora nas discussões, produzindo um discurso sempre reflexivo quanto a necessidade do pensamento positivo, da espiritualidade para a superação dos problemas, com palavras de estímulo e motivação. Relatou não gostar de jogos, mas apresentou interesse pela atividade com boa interação, demonstrando-se alegre em participar da estratégia.
I31	1 ^a , 2 ^a , 3 ^a e 4 ^a	Muito simpático, interessado, participou pontualmente nas discussões. Interagiu bem com o grupo, preocupado em realizar a atividade corretamente.
I32	1 ^a , 2 ^a , 3 ^a e 4 ^a	Alegre, interessado em aprender, adotou uma postura mais observadora e passiva. Compartilhou seus problemas familiares e a necessidade de continuar trabalhando para aumentar sua renda e assim manter suas necessidades básicas.

O processo de educação em saúde desenvolvido nesta tese vai de encontro ao modelo dominante que se conforma sob uma ótica tecnicista e alienante. Este estudo

buscou explorar novas ações no contexto dos conflitos para a mobilização de processos significativos de mudança, possibilitando a formação da consciência crítica.

Apropriando-me de conceitos desenvolvidos por Paulo Freire, ressalvo a necessidade de conceber a educação como prática de liberdade, em que se valorize o aprender a aprender em oposição a uma educação como prática de dominação. A problematização leva a rupturas com a forma tradicional de ensinar e aprender, estimulando a gestão participativa dos protagonistas da experiência e reorganização da relação teoria/prática (CYRINO; TORALLES-PEREIRA, 2004).

E para isto, no desenvolvimento da proposta educativa, de natureza problematizadora e lúdica parti do que os idosos entendiam sobre envelhecimento ativo e saudável. Na promoção de rodas de conversas, pelo diálogo que propiciou a crítica-reflexiva foi possível acessar os saberes e práticas de idosos desvelados no processo de educação grupal sobre o tema que será discutido no capítulo a seguir.

CAPÍTULO IV

CONCEPÇÕES E PRÁTICAS SOBRE O ENVELHECIMENTO ATIVO E SAUDÁVEL DESVELADOS NO PROCESSO DE EDUCAÇÃO GRUPAL

Este capítulo apresenta os resultados do diálogo com os participantes dos grupos de convergência durante o primeiro e o segundo encontro acerca de seus saberes e práticas que desenvolvem no cotidiano com vistas à promoção do envelhecimento ativo e saudável.

O envelhecimento é uma experiência heterogênea entre os sujeitos, para a qual concorre uma multiplicidade de possíveis variações em sua concepção e vivência conforme tempos históricos, culturas, classes sociais, histórias pessoais, condições educacionais, estilos de vida, gêneros, profissões e etnias, bem como de ordem genética, biológica, ambiental e psicológica. Os profissionais de saúde devem compreender tais processos como acúmulo de fatos anteriores, em permanente interação com múltiplas dimensões do viver (ASSIS, 2005).

Redefinindo o envelhecimento como um papel mais ativo visando ao bem-estar dessa população, a OMS o definiu como não apenas a capacidade de se estar fisicamente ativo, como força de trabalho, mais a uma participação contínua em questões sociais, econômicas e culturais, sendo autônomo e independente (OMS, 2005). É essa habilidade que determina a qualidade de vida nesta fase.

Contudo, a velhice ainda é estigmatizada por uma etapa da vida marcada por decadência física, perda de papéis sociais e com a associação de outras imagens culturalmente negativas, como o comprometimento cognitivo, o deterioramento emocional e o empobrecimento econômico. Esta visão de que a velhice é uma fase da

vida vista como inútil e dependente deixou resquícios por boa parte do século XX e até os dias atuais, por mais que tenha sido ressignificada (BRUNET; *et al*, 2013).

A reflexão proposta nesta tese articula a discussão das concepções e práticas de idosos sobre envelhecimento ativo e saudável às ações educativas de natureza lúdica, de modo a que possa realizar uma prática de cuidado na perspectiva da integralidade, com dimensões objetivas e subjetivas, permitindo o idoso desvelar a expressão do seu universo, com vistas a reconhecer suas expressões culturais, suas potencialidades e dificuldades no lidar com a saúde durante o processo de envelhecimento.

Nesse sentido, o primeiro encontro com cada grupo se iniciou com diálogo sobre o conjunto de saberes e práticas que configure a percepção de envelhecimento ativo e saudável a partir das seguintes questões norteadoras de debate: O que é ser ativo e saudável? Como avaliam sua saúde? O que é envelhecimento ativo e saudável? O que fazem para ter um envelhecimento ativo e saudável? O que fazem que comprometa o envelhecimento ativo e saudável? O que podem fazer para ter um envelhecimento ativo e saudável?

A produção discursiva dos idosos participantes resultou na formulação de duas categorias temáticas que emergiram das questões supracitadas. E, após uma leitura extenuante e da interpretação das falas em busca dos sentidos, formularam-se subcategorias discursivas. A primeira denominou-se “ser ativo e saudável na velhice”; e, a segunda “O idoso e o cuidado de si na promoção do envelhecimento ativo e saudável”.

A ação educativa orientada nos princípios da educação popular em saúde e seu horizonte amplia espaços de debate que estimulam os idosos a pensar a relação corpo-vida e a atuar na direção de integrar o fazer individual e coletivo que envolve a saúde. Acredita-se que tal ótica possibilita operar com uma visão integradora da promoção da

saúde, que articula a abordagem do cuidado de si às necessidades sociais e ao fomento da participação popular na viabilização dos direitos de cidadania (ASSIS, 2005).

4.1. Ser ativo e saudável na velhice

Nesta categoria foi analisada a formação discursiva dos participantes quanto à questão “O que é envelhecimento ativo e saudável?” na busca dos sentidos que atribuem ao seu processo de envelhecimento. Assim, do discurso dos participantes reveladores de suas concepções sobre a questão geradora de debate apresentada, emergiram três subcategorias: cuidando do corpo, relações interpessoais e autopercepção de saúde e imagem.

4.1.1. Cuidados com o corpo

Os sentidos atribuídos ao envelhecimento saudável e ativo que mais destacaram foram sobre o cuidado com o corpo: *ter uma boa alimentação e ingestão hídrica, fazer atividade física, ter saúde e procurar assistência médica*. A memória discursiva de I02 e I15 evidencia a preocupação com estes fatores:

Bem! Eu acho assim! Caminhar, pegar um sol pela manhã, porque o sol de manhã “dizem que é muito bom” (médico). É beber bastante água. E também procurar assistência médica para informações e quando necessário.
(I05)

É ter uma alimentação de boa qualidade, comer frutas como maçã, pêra e uva, comer folhas verdes e legumes como cenoura, beterraba e batata. Fazer exercícios físicos com frequência. (I15)

Essas concepções, principalmente relacionadas à alimentação e atividade física, podem estar relacionadas aos acontecimentos em maior evidência nos últimos anos, à mobilização da mídia, da sociedade e das instituições públicas e privadas com promoção de campanhas contra comportamentos de risco e incentivo a uma vida mais saudável (por meio, dentre outros aspectos, de atividades físicas e boa alimentação). E, ainda, à construção de academias públicas para idosos, programas de atividade física nas praias e hortos municipais.

A prática de atividade física durante o envelhecimento é de extrema importância devido ao declínio da massa muscular que acarreta perda progressiva da força e da resistência aeróbica no idoso. Sendo assim, uma atividade física sistematizada junto ao idoso promove a redução do cansaço, eleva o trabalho total, com importante melhoria da capacidade aeróbica. A diminuição da força muscular e a diminuição da massa muscular magra (massa livre de gordura) decorrem da redução ocasionada pelo envelhecimento da massa óssea, no músculo esquelético, e também por causa da redução da água corporal (FECHINE; TROMPIERI, 2012).

A sarcopenia, síndrome caracterizada por progressiva e generalizada perda da massa e força muscular, e a osteoporose são patologias que requerem atenção na velhice pelo maior vulnerabilidade a episódios de quedas com fraturas e imobilidades. Um programa de treinamento de força muscular é particularmente importante para a prevenção da perda de massa muscular, que contribui com aumento substancial na massa muscular de idosos com idade avançada, ajudando-os no desempenho de suas atividades diárias (VALENTE, 2013). A preocupação com o conhecimento dos efeitos nocivos da inatividade física e a adoção de práticas para preveni-los ou atenuá-los foi evidenciada no discurso de I09:

Antigamente eu tinha pouco equilíbrio, vivia caindo de bobeira. Até que um dia eu pensei assim: _Isso não tá certo! _Então procurei fazer caminhada todo dia no calçadão da praia, e desde então eu voltei a ficar mais equilibrada e aquelas coisas (desequilíbrio postural) acabaram. Por isso que eu acho que se a gente fica parada a gente adocece.

A atividade física em qualquer idade possibilita a redução dos riscos de osteoporose, sarcopenia e outras patologias relacionadas, ajudando no aumento do desempenho de suas atividades diárias. Mas aliada a um programa de atividade física (exercícios aeróbios intensos, pesos ou contrações musculares com resistência), deve-se também aplicar uma ingestão alimentar adequada (FECHINE; TROMPIERI, 2012).

Em relação à alimentação os idosos relatam a necessidade da ingestão de verduras, legumes, frutas, carnes brancas, com restrição de gorduras. Essa alimentação, concordando com Vilarino e Lopes (2008), se trata de uma “dieta da mídia”, já que, na última década a sociedade foi bombardeada com preceitos normativos que condicionam a manutenção da saúde e longevidade às mudanças no hábito alimentar. Assim, como sustentam as autoras, os idosos estão imbuídos de uma “nova cultura alimentar” induzida, podendo ser legítimo indagar-se até que ponto eles estão submetidos a um tipo de estresse, do que lhes é permitido ou interdito a comer.

Nos discursos parafrásticos I03 e I04 e metafóricos de (I03 e I30) pode-se observar o confronto entre o conhecimento do que deveria ser feito com que é praticado.

O problema que eu fico com a boca aberta para comer demais (risos). Essa boca é um caso sério! (I03)

Eu gosto muito de doce! Então sei que eu tenho que evitar, porque isso vai me prejudicar, não é? (I04)

*É como diz o provérbio: _o peixe morre pela boca (risos de todo o grupo).
_Então tem que regular, açúcar, sal e gordura. É difícil escolher entre, por exemplo, um franguinho grelhado sequinho e uma linda rabada (risos).
Qual você vai preferir? A rabada com agrião e muita pimenta se possível (risos). (I30)*

O alimento é mais que fonte de nutrição e sustento para o corpo, ele também está relacionado com aspectos sociais, religiosos e econômicos da vida cotidiana, sendo muito difícil modificar, por imposição, crenças e práticas alimentares. Cada país, região ou cidade possui suas comidas típicas (VILARINO; LOPES, 2008). Como explicar para um gaúcho que carne vermelha e gorda faz mal para a saúde, se para essa população o churrasco não é só um tipo de alimento, mas também um acontecimento social?

Leininger (2006) enfatiza que a enfermeira, ao interagir com os clientes, em variadas situações assistenciais, deve utilizar ações profissionais, de forma a preservar, negociar ou repadronizar os cuidados, buscando a congruência cultural. Para isto, deve-se reconhecer de forma igualitária a existência do sistema de cuidado profissional (organizado, reconhecido e oferecido por profissionais de saúde) e o sistema de cuidado popular (local e envolvimento da família), para o embasamento de suas ações na prática e na pesquisa.

Mesmo cientes de que a alimentação praticada não é a adequada, os idosos revelam dificuldades para adesão e cumprimento de recomendações de um profissional de saúde, relatando condutas consideradas transgressoras de um “tipo ideal” de comportamento alimentar e sentimentos de sacrifício e esforço para manutenção de boas práticas alimentares.

E não é só a boca! É os olhos grandes também (arregalo os olhos e risos). Às vezes, você quer comer alguma coisa e vem o pensamento: _Não posso! Não vou comer! Tenho que me controlar (risos). _Aí vou fazer outra coisa. Mas eu consigo me controlar e já emagreci bastante. Mas não é fácil! (I08)

De vez em quando, não é sempre! _Oh mãe! Você podia pedir uma pizza para nós. _Aí a mãe (aponta para si) compra, a mãe come, e tem um arrependimento tão grande, tão grande, mas tão grande. Mexe com tudo né? E todo o sacrifício da semana (dieta) vai por água abaixo (risos). (I21)

A memória discursiva de I03 e I09 reforça a opressão e a verticalização da relação que estabelecem com o profissional de saúde, o que resulta no dizer de Freire (2013c), na perpetuação da cultura do silêncio e a culpabilização por parte do oprimido, reforçando a opressão.

Eu não sou obediente! É assim, eu vou ao médico ou nutricionista e eles me passam a dieta. Chego em casa e faço tudo direitinho durante uma semana (risos). Adianta falar que eu não faço dieta? Não né? Por isso que eu falo que eu não sou obediente (risos). Mas eu não posso comer verdura, folha verde nenhuma por causa do remédio que eu tomo (Marevan – nome comercial de um anticoagulante utilizado para tratamento de trombose), e isso eu não faço de jeito nenhum. (I03)

Eu tenho uma amiga da mesma idade (63 anos) que é diabética. Ela falava tudo que o médico dizia que ela podia fazer e não fazer, mas comia de tudo. Então eu falei: _Mas seu médico não te falou que você tem que fazer uma dieta? _E aí ela falava: _Ah! Ele falou, mas eu (faz sinal com os ombros) não vou deixar de comer, eu vou morrer mesmo. (I09)

O estado nutricional dos idosos tem se modificado nos últimos anos, o que pode ser explicado pelo alto consumo alimentar de calorias provenientes de gorduras, principalmente as de origem animal, açúcar e alimentos refinados, em detrimento de outros nutrientes de baixa densidade energética como as frutas e verduras, bem como pela forma de obtenção e preparo dos alimentos. Portanto, a alimentação e nutrição exercem papel primordial na prevenção e recuperação de doenças, manutenção e promoção da saúde, cuja importância é demonstrada pela relação consistente entre o tipo de dieta e o surgimento de doenças crônicas não transmissíveis (ORLANDO; PINHEIRO; VOLKWEIS; COLUSSI, 2013).

Resultados do estudo de Orlando, Pinheiro, Volkweis e Colussi (2013) verificaram que grande percentual dos idosos entrevistados consome alimentos não nutritivos, ricos em gordura, sódio e açúcares simples, sendo imprescindíveis ações educativas problematizadoras que provoquem nos idosos a reflexão e a consciência sobre a necessária mudança no consumo desses alimentos.

Para Freire (2013c), a educação deve ser trabalhada a partir da construção de conhecimentos prévios, da vivência de experiências significativas em oposição aos de recepção, em que os educandos recebem o conteúdo em sua forma acabada. Na forma de problemas, cujas relações devem ser descobertas e construídas pelo educando, o educando irá reorganizar o material, adaptá-lo à sua estrutura cognitiva prévia, para então descobrir as relações, leis ou conceitos que precisará assimilar. A relação fundamentada no diálogo entre educador e educando, possibilita a ambos aprenderem juntos, por meio de um processo emancipatório.

Ter saúde e procurar assistência médica foram aspectos observados com preocupação entre os idosos, bem como tomar os remédios e fazer exames regularmente (I02, I09 e I23).

Ter saúde em primeiro lugar, porque com saúde, você consegue fazer qualquer coisa, enfrentar as adversidades da vida. Por isso precisamos nos prevenir indo ao médico sempre. (I02)

Vou ao médico sempre ver minhas taxas de colesterol e açúcar. Tomo meu remedinho a sinvastatina, e estou ótima. (I09)

E se prevenir né? Sempre fazer exames, procurar o posto de saúde não só quando está doente (faz gesto de atenção). Mas sempre fazer exames, né? Estar prevenindo de qualquer doença. (I23)

Entretanto, a simbologia da saúde representada pela figura do médico, presença de exames e medicamentos, estando ou não com problemas de saúde manifestos, pode representar um tipo de subordinação, acomodando-se no papel de paciente para o resto da vida, impossibilitando e desencorajando ações promotoras de saúde e não somente restritas à prevenção de doenças.

É evidente nos discursos, a prevalência do modelo médico-curativo que ainda permeia tanto a sociedade quanto os profissionais de saúde. Para que haja o rompimento desse modelo, o profissional deve buscar analisar a realidade do idoso voltando-se à criação de espaços contra-hegemônicos e contestatórios que possibilitem crítica à realidade imposta, pois quando constatamos e conhecemos os problemas, tornamo-nos capazes de intervir na realidade, ou seja, torna-se possível romper com uma leitura de dominação (FREIRE, 2013b).

É importante destacar que o conhecimento popular é socialmente elaborado e compartilhado uns com os outros, constituído de nossas experiências do dia-a-dia, como também, pelas informações que são obtidas através de diversos meios de comunicação, daí a explicação da presença do universo vocabular próprio da ciência no discurso dos idosos. Nesse sentido, ao tempo em que o sujeito se esforça para entender o processo de saúde-doença à luz do seu conhecimento prévio por comparações, semelhanças e diferenças, também incorpora novos saberes que contribuirão para a (re) construção de seu conhecimento (TEIXEIRA; FERREIRA, 2009).

4.1.2. Relações interpessoais

A família foi apontada como fundamental no envelhecimento ativo e saudável, principalmente no discurso das mulheres, bem como uma *boa relação com a sociedade* onde está inserida.

Para mim é você poder viver bons momentos com a sua família, com a sociedade, com todo mundo que está a sua volta. (I09)

A união dentro de casa, uma paz de espírito dentro de casa, são essenciais para que você seja uma pessoa ativa e saudável. (I01)

Ter saúde é viver bem com a família, amigos e vizinho. (I31)

Estudo de Arménio e Silva (2012) revelam que o contato com a família é um fator importante em termos da satisfação de vida dos idosos. Quando ocorre com frequência, a família revela uma atitude mais positiva face ao próprio envelhecimento revelando um balanço favorável entre a vida passada e o presente.

Segundo Boff (2004), vários aspectos são importantes no cuidado humano; o cuidar do outro possibilita o estabelecimento de relações, diálogo, expressão de diferenças entre os seres humanos e, desta forma, a criação de espaços para uma experiência global e integrada da própria humanidade. Entretanto, essas relações ocorrem por meio de interações intra e interpessoais, em que as questões subjetivas, individuais e ao mesmo tempo grupais, de relacionamentos interpessoais devem ser consideradas.

Saad (2014) enfatiza que existe um fluxo de intensidade de apoio familiar entre o idoso e a família. Os idosos viúvos tendem a receber mais assistência dos filhos adultos, enquanto que os idosos casados tendem a dar mais assistência. Quanto ao auxílio financeiro os filhos adultos casados, em geral, são menos propensos a receber ajuda dos que os filhos solteiros, divorciados e viúvos. Outro achado está relacionado ao gênero; as filhas oferecem um apoio mais intenso e diversificado a seus pais idosos, do que o apoio oferecido pelos filhos. E da perspectiva dos idosos, a mulher idosa é mais engajada em oferecer apoio do que os homens, provavelmente por serem elas mais apegadas aos filhos.

Cupertino, Rosa e Ribeiro (2007) destacam uma correlação entre saúde social e estrutura familiar, expressando que a família representa tanto um suporte social para os idosos quanto uma preocupação com o bem-estar dos mesmos e demais membros da família. Ou seja, tende a definir envelhecimento saudável na possibilidade de vislumbrar bem-estar amplo dos filhos e parentes, observando aspectos emocionais, físicos e financeiros, sendo este último comprovado pela correlação positiva entre as categorias.

As relações sociais exercem um papel importante na promoção à saúde física e mental de idosos, pois são capazes de moderar o estresse em pessoas que experienciam

problemas de saúde, a morte do cônjuge ou mesmo crises financeiras. O suporte social fornecido pela família (emocional ou funcional) ao idoso é extremamente benéfico, por ser esperado que pessoas idosas necessitem se sentirem amadas e seguras para lidar com problemas.

Destarte, as redes sociais formadas por familiares e amigos significativamente abalam os efeitos nocivos do estresse nos idosos, ao oferecerem suporte social na forma de amor, afeição, preocupação e assistência. Pessoas que não têm este tipo de suporte tendem a ter mais dificuldade para lidar com o estresse, principalmente aquelas que não possuem parentes, especificamente parentes mais próximos tais como o cônjuge ou os filhos, podendo estar diretamente associada com a presença de doenças e mortalidade entre pessoas idosas (RAMOS, 2002).

É importante que o idoso mantenha interação social, de modo que não perca a motivação para a vida. O convívio com outras pessoas e mesmo animais de estimação podem proporcionar experiências positivas para o idoso como alívio da tensão e do estresse e sentimento de segurança. Porém, a família pode ser um fator negativo para a socialização do idoso, quando esta é demasiadamente protetiva e não incentiva a autonomia do mesmo (BRUNET; et al, 2013).

4.1.3. Autopercepção de saúde e imagem

Nesta subcategoria, os discursos convergiram para uma consciência de envelhecimento como um processo natural do ciclo de vida, portanto não patológico o que pode ser considerada mudança de paradigma sobre esta fase de envelhecimento, representada como perdas e declínios. Ao passo que mesmo cientes da idade e das alterações físicas que lhes são próprias, não se consideram idosos na dimensão

psicológica como se pode apreender nos discursos parafrásticos e metafóricos de I09, I21, I27 e I32.

É! As pessoas falam isso. _Você tá ficando veia! _Eu falo: _eu não tô veia, eu tô jovem ainda! (I09)

Mas o envelhecimento da gente tá na cabeça mesmo, tem gente que é mais novo que a gente, que nós, e está bem velho. (I21)

A gente às vezes até esquece que tá velho (risos). Minha filha fala assim: _Mãe! Você esqueceu que já tem 70 anos agora? _Mas se a gente for ficar lembrando que a gente tá velho, vai ficar acamado não é? (I27)

O meu pensamento é que eu não estou velho (fala bem alto). Eu só sei que estou ficando velho quando vejo os meus cabelos brancos (risos). (I32)

Em função das constantes mudanças decorrentes da emergência da sociedade pós-industrial, a sociedade contemporânea encontra-se num processo de redefinição de costumes, de comportamentos e conseqüentemente do estabelecimento de novos paradigmas das relações humanas. São novos valores que configuram uma visão de mundo, de sociedade, de um novo período histórico que se constrói globalmente. O processo de globalização, impulsionado pela revolução tecnológica (com suporte nas tecnologias microeletrônicas e da era cibernética), é marcado pela instantaneidade e descartabilidade favorecendo o culto da juventude, da beleza, da virilidade e da força física em detrimento da idade madura e da velhice que são associadas à improdutividade e decadência (RODRIGUES; SOARES, 2006).

Entretanto, a inserção de idosos em grupos em que se fortalecem conhecimentos dentro de uma proposta bio-sócio-cultural, a exemplo dos participantes deste estudo, pode-se observar mudança desse paradigma do idoso improdutivo e descartado da sociedade. Hoje, percebe-se uma luta pela garantia dos seus direitos, valorização como pessoa e cidadão, independente das marcas da velhice presentes no corpo, refletindo positivamente suas relações consigo mesmo e com os outros ao seu redor.

Ao discutir sobre como eles avaliavam a sua saúde, a maioria a considerou de ótima a boa. Os fatores que interferiram na autoavaliação dos participantes como estado de saúde “ruim” ou “regular” estavam relacionados às incapacidades funcionais, e não a presença ou aumento de comorbidades.

A capacidade de realização de trabalho formal ou informal, que ainda faz parte do mundo desses idosos, significa para eles manutenção da sua identidade.

Estou com 65 anos, nunca tomei remédio para pressão, nunca! Não tenho glicose alta. Eu só tenho um probleminha na minha tireóide e refluxo. Do restante, é só alegria (risos). (I01)

A minha saúde é regular. Eu já tomava remédio de pressão alta a vida inteira, eu tenho diabetes há muitos anos. A circulação sempre foi péssima! E aí me deu várias trombozes, então aumentou os remédios né? Então hoje eu me canso mais para sair de casa, e trabalhar também. Eu não aguento, eu não faço o serviço de casa todo, só o que eu posso. Então por isso que eu falo que a minha saúde caiu muito, porque o trabalho também (risos). Eu não consigo!(I03)

Eu acho que eu estou ótima! Tenho gastrite, problemas nos ossos (osteoporose), labirintite, pressão alta, já tive um AVC (acidente vascular

cerebral), tomo uns 350 remédios por dia. Mas oh! (faz sinal de joia), ninguém tá melhor do que eu, pode tá igual, mas melhor não! (risos) (I07)

Eu me sinto ótima! Porque a gente que é idoso, que faz de tudo (tarefas domésticas, atividades físicas, faz compra, vai ao banco) quer dizer que a gente não tá muito ruim né?(I23)

Pelo que eu faço (faz as tarefas domésticas e faz exercício físico) acho que a minha saúde é ótima! Tenho vários problemas de saúde (artrose, diabetes, problema cardíaco), mas eu não fico apegada naquela doença ou problema, procuro fazer as coisas, me exercitar, e faço né?(I27)

Ah! Eu tenho uns probleminhas de saúde (hipertensão arterial, dislipidemia, acuidade auditiva e visual prejudicada), tomo alguns remédios. Sou aposentado, mas ainda faço uns serviços de eletricitista. Me sinto ótimo! (I32)

A prevalência da autoavaliação de saúde como ‘excelente’ ou ‘muito boa’, também foi um achado nos estudos de BORIM, BARROS, e NERI (2012), destacando-se entre os idosos com melhor escolaridade e renda, que moravam sozinhos, praticavam atividade física e possuíam hábitos alimentares saudáveis. Além disso, não observaram diferença estatisticamente significativa entre as frequências de homens e de mulheres que avaliaram a saúde de forma positiva ou negativa; a piora da autoavaliação de saúde foi interpretada como fruto do aumento das comorbidades e das incapacidades funcionais.

A capacidade funcional, em estudos da população idosa, é geralmente dimensionada em termos da habilidade e independência para realizar determinadas atividades do seu cotidiano e é um dos grandes componentes da saúde do idoso, e mais

recentemente, vem emergindo como um componente-chave para a avaliação da saúde da pessoa idosa. Sendo assim, a manutenção e a preservação da capacidade para desempenhar as atividades básicas da vida diária são pontos fundamentais para um maior prolongamento da independência e autonomia com qualidade de vida (MORAES, 2012).

4. 2 O idoso e o cuidado de si na promoção do envelhecimento ativo e saudável

Para o entendimento de como os participantes gerenciam o cuidado de si na promoção do envelhecimento ativo e saudável, a discussão foi provocada a partir das questões “O que fazem para ter um envelhecimento ativo e saudável? O que fazem que comprometa o envelhecimento ativo e saudável? O que podem fazer para ter um envelhecimento ativo e saudável?”.

Duas subcategorias emergiram do processo de discussão coletiva: a primeira “cuidados com a saúde mental” em que os principais sentidos desvelados no discurso foram: *lazer (sair e passear), mente sã, interação social e não focar nos problemas de saúde; e ser independente e autônomo.*

4.2.1. Cuidados com a saúde mental

O interesse em sair para passear, dançar, participar de grupos de idosos são pontos positivos para relações sociais dos mesmos, ao tempo em que aumenta a autonomia, pois passam a frequentar jantares, eventos, viagens e outras atividades sem necessitarem da ajuda de algum familiar ou cuidador. O que ficou evidente nos relatos foi o aumento da autoestima e a sensação de liberdade dos idosos, pois a interação social e a autonomia apontam para um sentimento de utilidade e independência:

Tem que sair, passear, ver lugares bonitos e tocar a vida. Não pode parar, porque se parar, eu acho que é aí que a pessoa fica doente né? (I04)

Vou à dança sênior e eu gosto de passear. Eu quero sair! Trabalhei fora de casa, trabalhei uns trinta anos, e cuidando de filhos, agora eu quero sair. Ser livre! Não quero me prender. (I06)

Eu acho que não devemos ficar em casa. Ficar sentada, vendo televisão o dia todo. Assim a gente vai ficando mais velha ainda (risos). Tem que sair, tem que ver gente, tem que conversar né? (I22)

Os idosos que têm a oportunidade de participar de programas educacionais junto às instituições abrem maior possibilidade de convívio com outras pessoas, viabilizando trocas de informações e conhecimentos, que por sua vez qualificam as relações interpessoais e o diálogo (BRUNET; *et al*, 2013).

O significado dado por indivíduos sobre um fenômeno se dá mediante a interação do eu, da mente e da sociedade. Essa interação resulta da vida social, em cujo processo o indivíduo é um ator ativo, tornando-se um objeto social para os outros e vice-versa, utilizando símbolos e direcionando o *self*, ambos se engajam em ação mental para tomada de decisões modificando direções, compartilhando perspectivas, definindo a realidade e a situação de um contexto inserido com e para o outro (LEITE; GONÇALVES, 2009).

A preocupação em manter a mente sã foi outro sentido importante, além da convivência com pessoas mais jovens, sendo este último uma possibilidade de ativar a mente devido às trocas de experiências e qualificar as relações interpessoais:

A gente tem que ter equilíbrio do corpo e da mente. Sempre tem que cuidar dessas duas partes. Do que adianta cuidar do corpo e não se preocupar com a mente? Você adoece do mesmo jeito ou até pior. (I01)

E tem uma coisa também que a gente deve fazer, que é não ficar só no meio de pessoas da nossa idade, é procurar também estar junto com os jovens. Eu me sinto bem com eles e eles comigo. Isso me faz muito bem! Trocamos muitas ideias (risos). (I04)

Para ativar minha mente vou aprender a tocar violão. Eu sempre quis aprender a tocar violão, mas não tive oportunidade. Agora vou tentar. (I07)

Cuidar da saúde do corpo e da mente, ouvir música, dançar, ir à praia, ler e aprender coisas novas. (I15)

Eu continuo trabalhando como eletricista. Sempre que aparece algo eu procuro fazer. Assim me mantém ocupado e ao mesmo tempo ganho um dinheirinho (risos). (I32)

A convivência no ambiente acadêmico onde está inserido o cenário deste estudo facilita e possibilita a quebra do estigma de que o idoso não é produtivo, não tem capacidade de estudar e aprender coisas novas. A produção e a aquisição de conhecimento é um processo que nunca termina, e que para os idosos é muito benéfico, pois eles passam a se valorizar mais e a sentir melhores consigo mesmos. Ao passo em que ocorre melhora e manutenção da cognição, aumento da autoestima, ampliação de suas relações interpessoais e de visão de mundo, além da sensação de vitória a cada nova conquista.

Estar aqui é a realização de um sonho que não consegui realizar quando jovem. Fiz um curso superior intensivo e tão logo formei professora, comecei a trabalhar, me casei, constitui minha família. E hoje estar aqui (UnATI/UFES), nesse mundo da cultura e do conhecimento é a realização desse sonho (fala com um sorriso no rosto e os olhos com lágrimas). Parece que aqui você respira outro mundo. (I01)

Mas vale ressaltar que o discurso metafórico de I05 e I30 ao compartilharem suas experiências quanto ao convívio com os jovens reforçam uma perspectiva negativa da relação dos jovens com os idosos marcados pelo desrespeito e demérito de seus conhecimentos.

Ah! Mas tem jovem que não quer nada com velho não, não gosta de conversar com a gente. Um dia sentei ao lado de um jovem no ônibus e ele ficou olhando para mim com cara feia e então eu disse: _Velhice não pega não. Eu cheguei, estou com 71 anos (bate no peito) e você será que vai chegar lá? Deu um tempinho e depois se levantou e sentou em outro lugar. (I05)

Outra coisa muito séria, é que a gente tem que entender uma coisa. O processo do corpo físico é esse, ele sobe até lá nos picos né? Depois começa a descer. É onde nós estamos! Descendo a ladeira. Mas isso não significa que estamos à margem do nada, nós continuamos sendo cidadãos, normais como qualquer um de 20 ou de 15 anos. Então os direitos são iguais, dentro das nossas limitações, respeitados e tudo. Nós temos muita coisa boa para passar para os mais novos. (I30)

A abordagem da temática do envelhecimento inclui, necessariamente, a análise dos aspectos culturais, políticos e econômicos relativos a valores, preconceitos e

sistemas simbólicos que permeiam a história das sociedades. Entende-se que o envelhecimento é um processo vitalício e que os padrões de vida que promovem um envelhecimento com saúde são formados no princípio da vida. Porém, vale salientar que fatores socioculturais definem o olhar que a sociedade tem sobre os idosos e o tipo de relação que ela estabelece com esse segmento populacional (RODRIGUES; SOARES, 2006). Portanto, o tratamento dispensado à velhice dependerá dos valores e da cultura de cada sociedade em particular, a partir dos quais ela construirá sua visão dessa última etapa da vida, tanto do idoso para com o mundo quanto do mundo para com o idoso.

Manter-se *ativo e ter metas* foram outros destaques dos discursos dos idosos:

A gente não pode parar! Se você teve uma juventude ativa, você deve envelhecer ativo. (I17)

O ser humano é como uma máquina. Temos que manter funcionando, senão enferruja (risos). (I15)

Não podemos ficar parados, estagnados. Tive o exemplo das minhas avós. Uma que se acomodou e morreu com 73 anos e a outra que até o fim da vida dela sempre tinha algo para fazer e morreu com 95 anos. Aí eu falo assim: eu não quero morrer com 73 anos, eu quero ficar mais um pouquinho (risos). Então sempre que posso faço alguma coisa. (I04)

Acho que devemos para tudo ter planos e metas, inclusive para envelhecer. Se você não traça uma meta na sua vida o que vai fazer? Pois quando temos metas, temos objetivos e para isso seguimos em busca de alcançar. (I28)

Outras atitudes importantes consideradas fundamentais para ter e manter um envelhecimento ativo e saudável foram: *não focar nos problemas de saúde e aceitar as limitações físicas do envelhecimento.*

Quando chegamos nessa idade (acima dos 60 anos), que é a nossa né? O momento que as coisas vão acontecendo naturalmente (mudanças do corpo inerentes do envelhecimento). Eu procuro como regra minha! Não tocar em nomes, rótulos né? Como diabetes, hipertensão e outras mais “ão” (outras doenças com terminação ‘ão’), né? Então, quanto mais você toca naquilo (doenças), mais aquilo (doença) te pega, gruda em você. Porque a palavra tem poder! E você vai ter problemas mais sérios. Vai ter com certeza! Procuro evitar esses nomes, lembrar dessas coisas, e me cuidar da melhor maneira que eu posso. Procuro fazer o melhor pra mim poder viver bem. (I30)

(...) Por exemplo, um dos nossos maiores erros. É pensar em doença! Quando você pensa na doença, a doença vem. (I28)

Viver pensando na vida sempre boa! Quando vim aquele pensamento ruim (doença, problemas na família e preocupações). Aí oh! Tira ele do pensamento! Procura alguma coisa para distrair (risos). (I08)

Nós temos que nos aceitar! Já não tenho mais 50 anos né? E tenho que aceitar do jeito que eu sou. Não posso fazer além dos meus limites. Senão eu que vou sair prejudicada nessa história (risos). (I22)

Bom! Eu penso assim. Dentro dos meus limites eu posso continuar fazendo aquilo que eu fazia, entendeu? Dentro dos meus limites! Então, por exemplo,

eu, no meu caso né? Sempre estudei, fui professora, trabalhei em escola, sempre tive participação em todas as lutas (sindicatos dos professores), sempre participei de igreja, sempre participei de encontros (promovidos pela igreja) essas coisas. Sempre fui ao banco para pagar ou para receber. Acho que dentro dos meus limites, eu posso continuar fazendo tudo isso. Envelhecer é isso ai. (I27)

Outro aspecto muito focado, principalmente, pelas mulheres dos três grupos de convergência, foi a *necessidade de não guardar mágoas*:

Não magoar, não ofender, para evitar desentendimento. (I01-feminino)

Não guardar rancor, não guardar mágoa de ninguém, não ficar aborrecida por pouca coisa né? (I06 -feminino)

Ter um coração limpo de qualquer mágoa, de qualquer injustiça. Ter amor no coração. (I18- feminino)

Enquanto que para os homens do grupo misto a preocupação com a estabilidade financeira teve maior impacto; resultados semelhantes ao encontrado por Cupertino, Rosa e Ribeiro (2007), demonstrando uma diferença nas relações entre gênero quanto aos pontos de vista de ambos sobre o envelhecimento ativo e saudável. Portanto, compartilho do pensamento destes autores de que tal aspecto pode ser explicado pela influência do contexto sócio-histórico desses idosos, no qual o homem tinha o papel de sustentação econômica da família, enquanto o aspecto afetivo e emocional eram mais compatíveis com o papel social desempenhado pela mulher que era de mãe e dona de

casa, demonstrando desta forma, a maior preocupação da mulher em estar melhor engajada, emocionalmente, no seu contexto de vida.

Outra coisa importante é quando você vai passar os bens para os filhos. Isso afeta a saúde, afeta a relação né? (I28- masculino)

Ter controle financeiro, saber o que pode gastar. Se você ganha x, não pode gastar mais que x. Senão como ficam as contas? A cabeça vai ferver (ficar estressado). (I30-masculino)

Para os homens é nítida a preocupação da estabilidade financeira devida sua relação direta com possibilidade de dependência dos filhos ou de outras pessoas.

Bom! Eu penso assim! Estamos ficando cada vez mais velhos e podemos ficar doentes ou não. Como não quero depender dos meus filhos, eu preciso ter consciência dos meus gastos e fazer economia para uma emergência. A gente não sabe o dia de amanhã, não é? (I28)

Não quero ter que ver meus filhos brigando entre eles para pagar minhas contas. Isso será o fim para mim. Prefiro morrer antes. (I32)

Os indivíduos que hoje ocupam a faixa da terceira idade no Brasil têm uma concepção machista, patriarcado, em que o homem ocupa o lugar de ação, da chefia da rede de relações familiares, sendo este sinônimo de provimento material. Isso condiciona a acreditar que os idosos homens tenham mais a preocupação quanto a sua estabilidade financeira do que as mulheres, por entender que depender de filhos ou de outras pessoas significa impotência e tal concepção os levam a sentirem-se desmoralizados. Por outro lado, encontra-se a mulher que ficou mais no convívio de sua

casa e com a família, cuidando dos filhos e muitas vezes dependente financeiramente do homem por não trabalhar fora de casa, e, portanto, tende a dar mais valor às questões emocionais.

Esse contexto histórico-cultural não só reflete a visão divergente entre os idosos nesse aspecto, como também diverge quanto ao interesse de participar de atividades grupais, haja vista que pelo fato do homem ter-se mantido mais no mundo externo, com o advento da aposentadoria e após ter passado a vida inteira fora do lar, busque ficar mais em casa, ter preferência por locais calmos onde possa conversar e realizar atividades simples e relaxantes. Enquanto que a mulher, por ter ficado mais no convívio do seu lar com a família, quando fica mais velha e alcança a sua independência, já que não precisa mais cuidar dos filhos, o marido não trabalha mais, pode sair e fazer novas amizades, praticar atividades físicas e fazer aquilo que ela tinha vontade e não podia concretizar, pois tinha suas obrigações em casa (JAVORSKI; SOARES; VENDRUSCOLO, 2013).

4.2.2. Ser independente e autônomo

Dentre os sentidos atribuídos pelos idosos ao envelhecimento ativo e saudável também se destacaram: *não depender dos filhos, poder ir e vir.*

*Poder ir e vir é muito bom. Sem precisar de ajuda né? E isso não é bom!
Tem que sair, passear, ver lugares bonitos e tocar a vida. Não pode parar,
porque se parar, eu acho que é aí que a pessoa fica doente né? (I04)*

*Quando minha filha sai comigo na rua e vamos atravessar a rua, ela já faz
assim ó! (gesto de esticar a mão) para mim. _Aí finjo que não vejo, deixo ela
atravessar, para depois eu atravessar. Ela fica brava, né? Porque ela acha
que eu tenho que ficar agarrada nela. A minha filha acha que eu não posso*

por estar na idade que estou (70 anos) sair e fazer as coisas sozinha. Isso não pode né? (I05)

Deus me livre depender de alguém! É muito bom poder ir e vir. Sozinha (fala bem alto)! Sem ter ninguém falando: _Mãe cuidado! Mãe olha para o chão! _Minha filha quer andar de mãos dadas comigo, e eu não gosto. Eu falo para ela: _Se um dia eu precisar pode deixar que eu falo. (I07)

Eu não quero ficar dependente de ninguém! Me dá a mão, ter que esperar alguém para me levar a algum lugar. Não gosto! Não quero isso para mim não! (I08)

Você poder ir ao supermercado, você ir ao cinema, você ir ao shopping, você ir aonde tem que ir. Sem depender de ninguém. Isso é maravilhoso! (I22)

Eu não quero envelhecer assim, triste e dependente. Não, não! Eu quero lutar para envelhecer sem ter que depender de alguém. E a gente precisa fazer isso né? E a gente tem condições de fazer isso. (I27)

Os efeitos negativos do suporte social na saúde do idoso estão associados com alguns efeitos negativos produzidos pelas tarefas dos cuidadores e também pelo descompasso na relação entre o cuidador e o ser cuidado. Quando o idoso reconhece sua dependência, e causa a percepção de uma falta de autonomia e a incapacidade para retribuir ajudas recebidas, desencadeia insatisfação, estresse, e até mesmo a depressão, devido ao sentimento de ser uma carga para aquelas pessoas a quem ele ama (RAMOS, 2003).

O sentimento de ser uma carga é muito comum na sociedade ocidental na qual a produtividade e a capacidade para retribuir são extremamente valorizadas, e isto está relacionado com o problema de como os jovens percebem seus parentes idosos. É cada vez mais predominante nos dias atuais, especialmente nas culturas ocidentais, valores que normalmente não enfatizam os cuidados ao idoso como uma tarefa importante; outras vezes, os filhos que normalmente assumem um comportamento paternalista com seus idosos, não consideram os desejos e preferências destes, concebendo-os como seres sem consciência, o que pode levar uma falta de controle por parte do idoso exacerbando seus problemas de saúde.

A cultura, com suas representações que dão sentido e significado às ações e papéis cotidianos vividos e revividos também pela pessoa idosa, a representa, a identifica, havendo a possibilidade de buscar novas representações e significados para sua existência quando por meio de seus discursos, revela-se o sentido de si mesmo, atrelado às práticas sociais vigentes. O perceber a si mesmo pode ou não estar em acordo com o outro o percebe, mas este perceber do outro também influencia a percepção de si mesmo (BRUNET; *et al*, 2013).

Como venho argumentando, a questão central desta tese se assenta no desenvolvimento de uma gerontotecnologia como facilitadora do processo educativo na discussão com idosos sobre a promoção do envelhecimento ativo saudável. Para tanto, partiu-se de suas concepções e práticas sobre o tema para a re(criação) de jogos educativos como uma gerontotecnologia implementados junto aos idosos que serão descritos no próximo capítulo.

CAPÍTULO V

JOGOS EDUCATIVOS: UMA GERONTOTECNOLOGIA

APLICADA À PROMOÇÃO DO ENVELHECIMENTO ATIVO E

SAUDÁVEL

O conceito construído de tecnologia abarca “o resultado de processos concretizados a partir da experiência cotidiana e da pesquisa, para o desenvolvimento de um conjunto de conhecimentos científicos para a construção de produtos materiais, ou não, com a finalidade de provocar intervenções sobre uma determinada situação prática. Todo esse processo deve ser avaliado e controlado sistematicamente” (NIETSCHE; BACKES; COLOMÉ; CERATTI; FERRAZ, 2005, p. 345).

As tecnologias podem ser de vários tipos: *Educacionais* [dispositivos para a mediação de processos de ensinar e aprender, utilizadas entre educadores e educandos, nos vários processos de educação formal-acadêmica, formal-continuada]; *Assistenciais* [dispositivos para a mediação de processos de cuidar, aplicadas por profissionais com os clientes-usuários dos sistemas de saúde - atenção primária, secundária e terciária]; e as *Gerenciais* [dispositivos para a mediação de processos de gestão, utilizadas por profissionais nos serviços e unidades dos diferentes sistemas de saúde] (TEIXEIRA, 2010). Neste estudo, o foco está nas Tecnologias Educacionais (TE), considerando, dentre seus atributos, sua capacidade recreativa e de criação. Referem-se à...

...um corpo de conhecimentos enriquecidos pela ação do homem e não se trata apenas da construção e do uso de artefatos ou equipamentos. No processo tecnológico, revela-se o saber fazer e o saber usar o conhecimento e equipamentos em todas as situações do cotidiano, sejam críticas, rotineiras ou não. As TE consistem em um conjunto sistemático de conhecimentos científicos que tornem possíveis o planejamento, a execução, o controle e o acompanhamento envolvendo todo o processo educacional formal e informal. Para aplicar uma TE de processo ou de produto, é necessário que o educador (profissional da saúde) seja um facilitador do processo ensino-aprendizagem, e o educando (clientela) um sujeito participante desse processo e que ambos utilizem a consciência criadora, da sensibilidade e da

criatividade na busca do crescimento pessoal e profissional (NIETSCHE; BACKES; COLOMÉ; CERATTI; FERRAZ, 2005).

As TE podem ser de vários tipos: entrevista, simulação e vídeo, aconselhamento, *slide*, manual, cadernetas, jogos educativos e *website*, cartilhas, *softwares*, além de outros tipos que utilizam métodos lúdicos e criativos, como teatro, música, colagem, dentre outros. Estas permitem o indivíduo adquirir conhecimento de si mesmo e daquilo que o rodeia, podendo transformar ou exercer mudanças em seu meio e na própria conduta. Além de capacitá-lo a definir os próprios problemas e necessidades e a compreender como pode resolver seus problemas com os próprios recursos ou com apoios externos (ÁCIO; BALBINO; ALVES; CARVALHO; SANTOS; OLIVEIRA, 2014).

Entretanto, a tecnologia aplicada nesta tese também pode ser caracterizada no conjunto das Tecnologias Assistenciais (TA), uma vez que estas se referem à...

...tecnologias que incluem a construção de um saber técnico-científico resultante de investigações, aplicações de teorias e da experiência cotidiana dos profissionais e clientela, constituindo-se, portanto, num conjunto de ações sistematizadas, processuais e instrumentais para a prestação de uma assistência qualificada ao ser humano em todas as suas dimensões; o ser físico, o ser psíquico, o ser espiritual, o ser social, o ser intelectual, o ser que pensa, sente, aspira e deseja, o ser que age, o ser de relações, o ser particular e coletivo. A TA tem como finalidade apoiar, manter e promover o processo da vida das pessoas em situações de saúde e doença (NIETSCHE; BACKES; COLOMÉ; CERATTI; FERRAZ, 2005).

As tecnologias transformam a vida de todas as pessoas em qualquer fase da vida na atualidade, para manter-se ativo, engajado, integrado e independente, compensando declínios, mantendo capacidades funcionais associadas à idade restabelecendo a autonomia. São fundamentais para as pessoas de todas as idades e principalmente para os mais idosos. Todos nós queremos envelhecer com qualidade de vida, saúde, conforto e segurança (ODEBRECHT; GONÇALVES; SELL, 2007).

Considerando a longevidade populacional e as necessidades provenientes do envelhecimento, surgiu em 1980 por Jan A.M. Graafmans e Wiebo H. Brower da Universidade de Tecnologia de Eindhoven – Holanda (*Eindhoven University of Technology*) o termo Gerontotecnologia, formado de duas palavras: geronto – o estudo científico do envelhecimento e dos idosos, e tecnologia – pesquisa e desenvolvimento de várias técnicas e produtos (ODEBRECHT; GONÇALVES; SELL, 2007).

Neste intento, a gerontotecnologia auxilia na promoção de estratégias mais efetivas quanto à manutenção das práticas de cuidado, aprimorando e facilitando uma melhor assistência de saúde ao idoso.

5.1 Re (Criação) e Aplicação de Jogos na Educação em Saúde com Idosos

A palavra jogo deriva do grego *Paidiá* e possui o mesmo significado de lúdico. Já o termo educação, é representado (também em grego) pelo vocabulário *Paidéia*. Além de apresentarem a mesma raiz, ambos os termos estão associados à cultura e ao desenvolvimento da inteligência (CACCAVO; CARVALHO, 2003).

A utilização de jogos educativos como gerontotecnologia tem a finalidade de facilitar um aprendizado capaz de contribuir com a melhoria da saúde dos idosos de forma ampla e não somente direcionado às doenças e complicações inerentes do envelhecimento. Assim, acredita-se que o jogo de forma prazerosa, descontraída, facilita o aprendizado, no âmbito do qual o educador (no caso, o enfermeiro) atue como um facilitador e os saberes e práticas prévias do educando (idosos) sejam sempre valorizados.

Durante o desenvolvimento da tese foram recriados 4 (quatro) diferentes jogos: tabuleiro, memória, quebra-cabeça e bingo. Para sua re(criação), busquei inspiração em minha própria facilidade de apreender informações a partir de práticas lúdicas, como os

jogos e a música. No decorrer de minha formação básica e profissional admirava professores que utilizavam estratégias lúdicas e criativas no processo pedagógico, tornando o aprendizado mais leve e duradouro. Como docente, tive a oportunidade de utilizar algumas dessas estratégias no processo de ensino-aprendizagem, como gincanas, jogos e teatros e pude constatar sua efetividade.

A proposta do emprego dos jogos educativos como uma gerontecnologia na promoção de um envelhecimento ativo e saudável oportunizou unir minhas experiências prévias aos conhecimentos dos idosos na re(criação) de jogos muito presentes em nossa sociedade, possibilitando melhor adesão a tratamentos e a manutenção da capacidade funcional por um maior tempo.

Os seguintes jogos foram recriados ganhando um sentido adicional: bingo da alimentação saudável que aborda práticas para uma boa alimentação, a importância de uma alimentação variada, bem como as principais vitaminas e sua atuação no organismo envelhecendo. O quebra-cabeça aborda a temática do comprometimento do corpo e as principais complicações do processo de envelhecimento com base na funcionalidade do idoso. Nos jogos de memória e tabuleiro, optei por enfatizar práticas que comprometem ou beneficiam o envelhecimento ativo e saudável. Esta gerontotecnologia no processo educacional estimula o idoso a compreender sua experiência de vida como algo importante, útil e válido para superar através do cuidado de si as limitações do processo de envelhecimento.

Alguns cuidados foram seguidos na confecção dos jogos: uso de linguagem compreensível empregando o universo vocabular ora popular ora científico, uma vez que no próprio discurso dos participantes existe uma combinação entre eles; a associação de conhecimentos teóricos e práticos; a alternância entre texto e imagens, com atenção à coerência entre ambos, de forma a favorecer a apreensão e assimilação

dos temas propostos pela memória visual; e o uso de frases curtas com o intento de facilitar a compreensão e apreensão das informações. Procurou-se, também, alternar comunicação verbal e não verbal tornando o jogo atrativo.

Para a implementação desses jogos são necessárias condições mínimas como um grupo de idosos, além da presença do enfermeiro como mediador e facilitador do processo ensino-aprendizagem, fomentando a discussão de interesse para o processo de educação em saúde, antes e durante o desenvolvimento dos jogos. É uma tecnologia que pode ser implementada tanto na promoção da saúde quanto nas ações de prevenção e controle de doença em percurso, com enfoque individual ou grupal, estreitando assim a interação profissional com os sujeitos, a fim de melhor adesão e participação ativa dos mesmos no cuidado de si.

A proposta de gerontotecnologia criada e implementada na presente tese foi encaminhada ao Instituto de Inovação Tecnológica da Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação (INIT/PRPPG) da UFES para solicitação de patente de invenção (ANEXO E), haja vista que este é o órgão responsável pela gestão da propriedade intelectual gerada na universidade visando proteger pesquisas e invenções do pesquisador. Em seguida são pontuados os objetivos, descrições e regras de cada jogo.

5.1.1 CORRIDA PARA O ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL: O JOGO DO TABULEIRO

Como venho discutindo nesta tese as alterações e os déficits cognitivos próprios do processo de envelhecimento, podem ocasionar o declínio funcional, ou seja, há diminuição ou perda da capacidade para realizar as atividades cotidianas, como por exemplo, tomar banho, vestir-se, fazer compras, ir ao banco, dentre outras. Esse declínio na pessoa idosa pode levar à dependência funcional, de forma gradual até atingir todos

os domínios da funcionalidade do idoso. Assim, o idoso perde a capacidade de cuidar de si próprio e de responder por si mesmo (SANTOS; PAVARINI, 2011).

Estas perturbações são percebidas pelos idosos, especialmente quando comparam seu desempenho atual com o apresentado no passado. Além das dificuldades em armazenar informações e resgatá-las, referem ainda prejuízo ocupacional e social. Diante dessas mudanças decorrentes da idade, ocorrem autoabandono, perda da autoestima, isolamento da sociedade e mesmo, do ambiente familiar (SANTOS; et al, 2012).

A memória não envelhece em idosos saudáveis, frequentemente ela passa a ser menos exigida, piorando pela falta de uso. Para que ela seja conservada deve ser exercitada, assim como é importante fazer exercícios físicos e manter-se ativo. Exercitar a memória, bem como movimentar o corpo, devem ser atividades proporcionadas aos indivíduos idosos (DIAS; MORENO, 2012).

O jogo pode ser empregado como um recurso didático com metodologias ativas e pedagogia crítica que facilita e estimula a participação dos educandos favorecendo o processo de ensino-aprendizagem. Além disso, cria um ambiente prazeroso para o aprendizado colaborando com a intercessão e retenção do conhecimento de uma maneira lúdica e divertida, promovendo maior interação entre educadores e educandos. Tendo em conta tais argumentos, há um crescente interesse em intervenções que possibilitem a manutenção da capacidade funcional da população idosa a partir de jogos educativos com estimulação cognitiva, motora, sensorial e de raciocínio, dentre os quais, o jogo de tabuleiro.

Um jogo de tabuleiro é um jogo para um ou mais participantes que pode requerer apenas sorte ou conhecimento, estratégia ou memória. Dentre os diversos estímulos decorrentes deste tipo de jogo destacam-se os mentais, sendo necessário

entender suas regras e objetivos; motores, posto que seja preciso manipular objetos para efetuar as jogadas durante as partidas; e sensoriais, através das quais ocorre a interface entre os participantes e o jogo. Além disso, incentiva também a interação social (LOPES; TARALLI, 2010).

Este jogo de tabuleiro pode ser de material cartonado, papel, EVA, papelão ou de outro material resistente, contendo alternativas relacionadas a práticas para promoção da capacidade funcional, e conseqüentemente, um envelhecimento ativo e saudável. Diferente do tabuleiro tradicional, o proposto não utiliza dados para mover as peças e sim cartas que darão o comando, inclusive qual peça irá mover-se. O fato de o participante não sortear a carta que irá mover a sua peça, torna o jogo mais empolgante e divertido. Segue a descrição ilustrada do jogo de tabuleiro.

A FIGURA N^o 06 representa as cartas do jogo, utilizadas para determinar qual participante irá mover a peça (1a), quantas casas irão percorrer no tabuleiro (1b), ou se o participante ficará uma rodada sem jogar (1c), também denominada carta do sono. Total de 21 cartas.

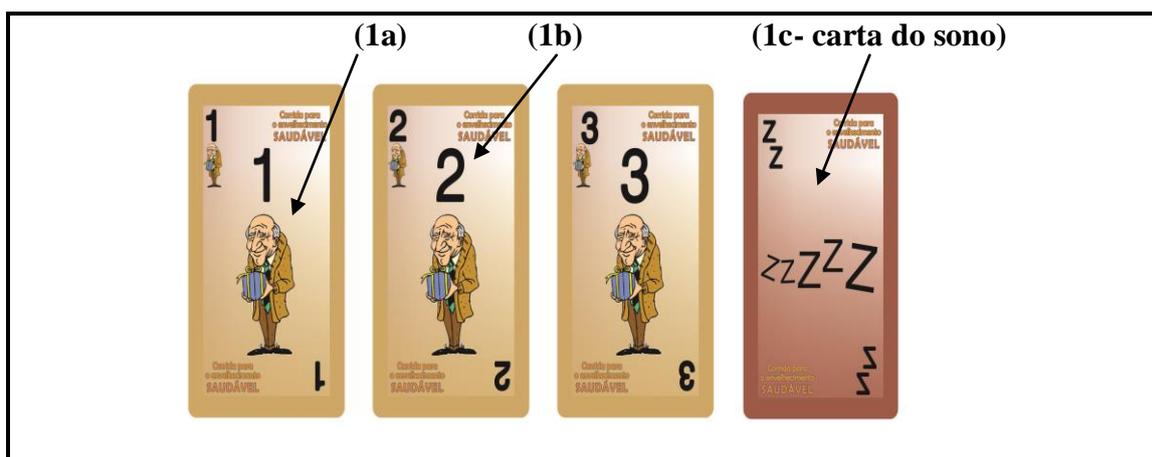


FIGURA N^o 06. Cartas do jogo utilizadas para determinar qual participante irá mover a peça (1a), quantas casas irão percorrer no tabuleiro (1b) ou se o participante ficará uma rodada sem jogar (1c). Total de 21 cartas. Vitória/ES. Out-Nov 2014.

A FIGURA N^o 07 representa as peças do jogo: total de 6, sendo 3 referentes à pessoa idosa do sexo masculino e 3 à pessoa idosa do sexo feminino.



FIGURA N^o 07. Peças do jogo. Total de 6, sendo 3 representando a pessoa idosa do sexo masculino e 3 a pessoa idosa do sexo feminino. Vitória/ES. Out-Nov 2014.

A FIGURA N^o 08 representa o tabuleiro do jogo contendo as casas que serão percorridas (3a), sendo que algumas podem oferecer ônus ou bônus para o participante (3b). As casa que oferecem bônus contém informações de práticas que colaboram para o envelhecimento ativo e saudável, enquanto que as casas que oferecem ônus representam práticas que comprometem este envelhecimento.

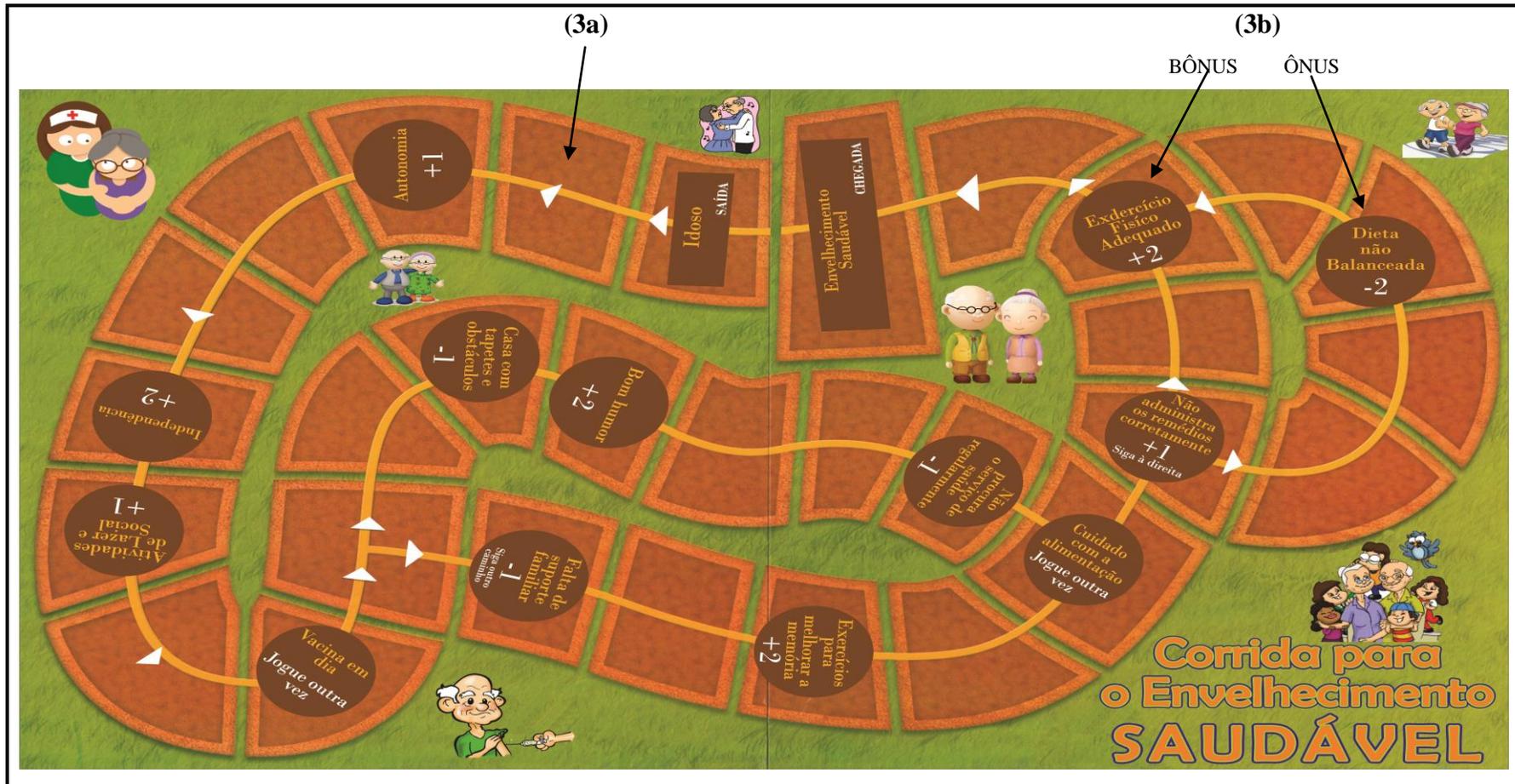


FIGURA Nº 08. Tabuleiro do jogo contendo as casas que serão percorridas (3a), sendo que algumas podem oferecer ônus ou bônus para o participante (3b). Vitória/ES. Out-Nov 2014.

Objetivos:

- Perceber saberes e práticas dos participantes acerca do processo de envelhecimento para a manutenção da capacidade funcional.
- Proporcionar através de um jogo educativo, interação social, estimulação cognitiva, motora, sensorial, raciocínio, competência, autoconfiança e autonomia.
- Permitir a intercessão de conhecimentos entre educadores e educandos para o cuidado de si mesmo no que tange à manutenção da capacidade funcional para a promoção do envelhecimento ativo e saudável.

Número de participantes: no mínimo 2 e no máximo 6 participantes

O jogo contém:

*Um cartão com as regras do jogo.

*21 cartas

*6 peças

*Um tabuleiro

Regras do jogo:

1. Cada participante deverá escolher uma peça do jogo e em seguida separar cada carta correspondente a cada peça eleita. As cartas que corresponderem às peças que não serão utilizadas no jogo deverão ser deste retiradas.
2. Para iniciar o jogo todas as peças deverão posicionar-se na casa denominada IDOSO, que representa o ponto de partida.
3. Todas as cartas deverão ser embaralhadas, incluindo as cartas do sono. Posicione as cartas voltadas para baixo ao lado do tabuleiro.

4. Deverá se eleger o participante que irá iniciar o jogo e seguir em sentido horário. Após o primeiro participante pegar a carta que iniciará o jogo, os demais seguirão da mesma forma.
5. A cada carta será indicado qual peça irá se mover e quantas casas irão percorrer. Caso o participante pegue a carta do sono, o mesmo fica uma rodada sem jogar passando a vez para o próximo participante.
6. Quando a peça percorrer as casas e ao final permanecer em uma casa que ofereça uma informação, o participante poderá ter bônus (andando mais casas ou jogando novamente) ou ter ônus (voltando para trás ou percorrer um caminho mais longo).
7. Ganha o jogo o participante que conseguir chegar primeiro na linha de chegada denominada ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL.

5.1.2 JOGO DE MEMORIZAÇÃO SOBRE O ENVELHECIMENTO

O jogo da memória tradicional é um clássico jogo formado por peças que apresentam uma figura em um dos lados. Cada figura se repete em duas peças diferentes. Para começar o jogo, as peças são postas com as imagens voltadas para baixo, para que não possam ser vistas. Cada participante deve, na sua vez, virar duas peças e deixar que todos as vejam. Caso as imagens sejam iguais, o participante deve recolher consigo esse par e jogar novamente. Se forem peças diferentes, estas devem ser viradas novamente, e sendo passada a vez ao participante seguinte. Ganha o jogo quem tiver descoberto mais pares, quando todos eles tiverem sido recolhidos.

O jogo de memorização sobre o envelhecimento se refere a um novo modelo do jogo de memória. Mantém as características clássicas com a introdução de uma nova regra tornando-o mais dinâmico. Trata-se de um conjunto de peças que pode ser de

material cartonado, papel, EVA, madeira, com imagens de temas relacionadas a práticas positivas e negativas para a promoção do envelhecimento ativo e saudável, facilitando a discussão e o aprofundamento de questões importantes inerentes ao processo do envelhecimento.

A nova regra do jogo é que os participantes ao encontrarem duas peças iguais deverão indicar se a imagem representa uma prática positiva ou negativa, argumentando sua resposta. Somente assim, o participante deve recolher consigo esse par e jogar novamente. Se forem peças iguais com resposta errada ou peças diferentes, estas devem ser viradas novamente e colocadas à mesa, sendo passada a vez ao participante seguinte. Ganha o jogo quem tiver descoberto mais pares e respondido corretamente cada uma delas. Vejamos as figuras a seguir:

A FIGURA N^o 09 representa as peças (1a) do conjunto de imagens com superfície plana contendo um número total de 54 quadrados com dimensões de 8cmx8cm cada no mínimo para facilitar o manuseio pelos participantes.

A FIGURA N^o 10 representa as peças (1a) com as imagens (2a) de diferentes temas relacionados ao envelhecimento, sendo um total de 27 pares de imagens.

A FIGURA N^o 11 representa um cartão contendo as respostas (3a) dos pares de imagens (2a).



FIGURA N^o 09. Representação da peça do conjunto de imagens. Vitória/ES. Out-Nov 2014.

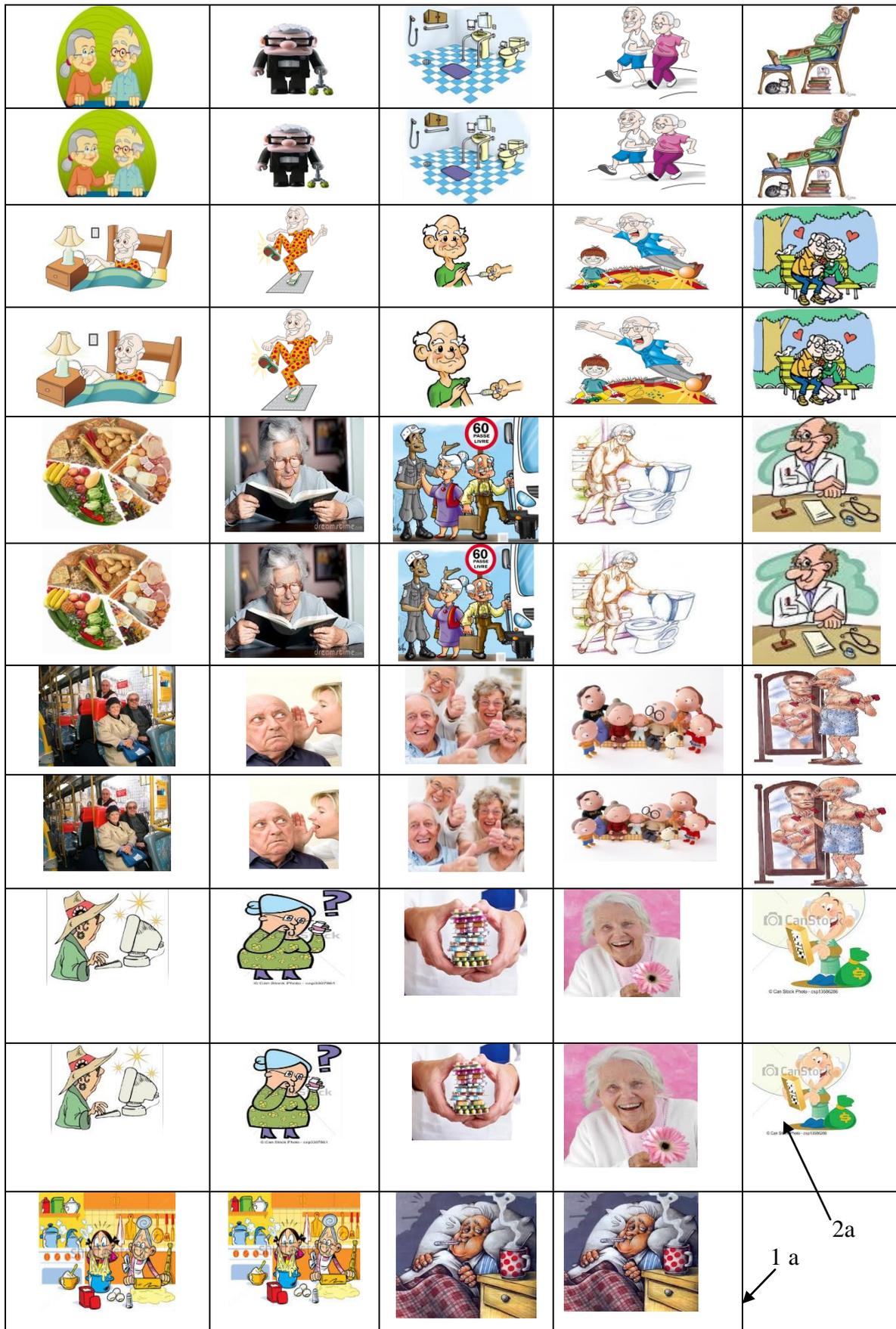


FIGURA Nº 10. Peças com as imagens. Total de 27 pares. Vitória/ES. Out-Nov 2014.

	Prática positiva Comunicação eficiente possibilita melhor entendimento		Prática positiva Adequação do ambiente facilitam a independência	
	Prática positiva Uso de órteses para prevenção de quedas		Prática positiva Realização de exercício físico ajudam o fortalecimento dos músculos	Prática negativa Repouso e sono excessivo durante o dia pode provocar insônia
	Prática positiva Iluminação no quarto durante a noite para facilitar a ida ao banheiro		Prática positiva Vacinação anual reduz interações por pneumonia e outros problemas respiratórios	
	Prática positiva Utilização de calçados adequados reduzem o desequilíbrio e as quedas		Prática negativa Presença de brinquedos, tapetes e outros objetos na casa podem provocar acidente	Prática positiva Relacionamento afetivo mantém a auto-estima
	Prática positiva Alimentação saudável para prevenção da desnutrição		Prática positiva Passeios em grupo diminuem o risco para solidão e depressão	
	Prática positiva A leitura estimula a cognição		Prática negativa Incontinência urinária é comum no idoso, não procurar tratamento pode acarretar infecções.	Prática positiva Ir ao médico regularmente para manutenção da saúde
	Prática positiva Ter iniciativa de locomover-se sem dependência dos filhos		Prática positiva Participar de grupos colabora com a socialização	
	Prática negativa Lançar mão de dispositivos que facilitam a comunicação prejudica as atividades cotidianas		Prática positiva Envolvimento e participação dos familiares colaboram com a qualidade de vida	Prática positiva Auto-estima facilita a integração
	Prática positiva Aprender coisas novas e desafiantes estimulam a memória		Prática negativa Uso excessivo e inadequado de medicamentos e tratamentos com diferentes especialidades podem causar iatrogenias.	
	Prática negativa Escrever e deixar em local visível uma lista dos medicamentos em uso previne erros na administração.		Prática positiva Humor é sempre o melhor remédio!!	Prática negativa Cuidado com empréstimos, consignados. Equilíbrio financeiro é muito importante.
	Prática positiva Manter suas atividades dentro de suas limitações é ideal para manutenção da capacidade funcional.		Prática negativa Isolamento, sentir-se inútil e uma pessoa doente porque é idoso não é legal!!!	

FIGURA Nº 11. Cartão contendo as respostas dos 27 pares de imagens. Vitória/ES.

Out-Nov 2014.

Objetivos:

- Identificar saberes e práticas dos participantes acerca das práticas positivas e negativas para o envelhecimento saudável.
- Proporcionar o compartilhamento de experiências, conhecimentos e habilidades de raciocínio lógico-matemático.
- Promover a socialização e o respeito mútuo entre os participantes.

Número de participantes: no mínimo 3 e no máximo 7 participantes

O jogo contém:

- *Um cartão com as regras do jogo.
- *27 peças com imagens relacionadas às práticas positivas e negativas para o envelhecimento saudável.
- *Um cartão com as respostas das 27 peças.

Regras do jogo:

1. Todas as peças devem estar embaralhadas com as imagens voltadas para baixo.
2. Um jogador deve ser escolhido para ser o mediador. Ele terá a função de questionar os participantes sobre o que entenderam da imagem em cada carta. A cada par de imagens encontrada pelos participantes ele deverá perguntar: para você, essa imagem é uma prática positiva ou negativa para o envelhecimento saudável? Por quê? Para isso, ele terá um cartão com as respostas.
3. Cada participante deve, na sua vez, virar duas peças e deixar que todos as vejam. Caso as imagens sejam iguais, o participante deverá indicar para o mediador se a imagem representa uma prática positiva ou negativa, justificando sua resposta. Peças iguais e resposta correta, o participante deve recolher consigo esse par e jogar novamente. Se forem peças iguais com resposta errada ou peças diferentes, estas devem ser viradas novamente e colocadas à mesa, sendo passada a vez ao participante seguinte.
4. Ganha o jogo quem tiver descoberto mais pares e respondido corretamente cada uma delas.

5.1.3 QUEBRA-CABEÇA GERONTOLÓGICO EDUCATIVO

Trata-se de uma tecnologia educativa na área da saúde em gerontologia. O quebra-cabeça é composto por diferentes partes individuais para montagem de uma certa maneira, a fim de formar uma imagem quando concluído. É uma proposta lúdica simples e prática, sendo um instrumento de ajuda na aplicação de alguns conteúdos na área da educação em saúde à pessoa idosa, possibilitando, ao mesmo tempo, estimulação do cérebro e diversão.

Manter a mente ativa é uma estratégia para evitar a perda de memória em idosos e minimizar ou adiar o aparecimento de demências. Durante a construção do quebra-cabeça, os movimentos com os olhos e as mãos estimulam o trabalho e o desenvolvimento de várias habilidades como noção espacial, desenvolvimento cognitivo, visual, social, coordenação motora fina, raciocínio lógico, criatividade, imaginação, percepção, concentração e paciência.

Refere-se a pequenos blocos com diferentes formas que pode ser de material cartonado, madeira, EVA, papelão, ou outro material resistente, em que uma gravura é colada em cada bloco, e, uma vez juntados os blocos formarão a ilustração da gravura no seu todo.

A ilustração corresponde um fluxograma que representa as necessidades do idoso na manutenção de sua capacidade funcional. Esta tecnologia facilita a discussão sobre a classificação do idoso em robusto e frágil, sua característica funcional e síndromes geriátricas. O jogo possibilitará a construção de conhecimentos na área gerontológica contribuindo com o aprendizado para o prolongamento da capacidade funcional da pessoa idosa. Este jogo poderá ser melhor compreendido através das seguintes figuras:

FIGURA Nº 12 representa os pequenos blocos com diferentes formas em que uma gravura será colada em cada bloco.



FIGURA Nº 12. Representação dos pequenos blocos com diferentes formas em cada bloco foi colada uma gravura. Vitória/ES. Out-Nov 2014.

FIGURA Nº 13 representa o quebra-cabeça montado com a ilustração da gravura no seu todo.

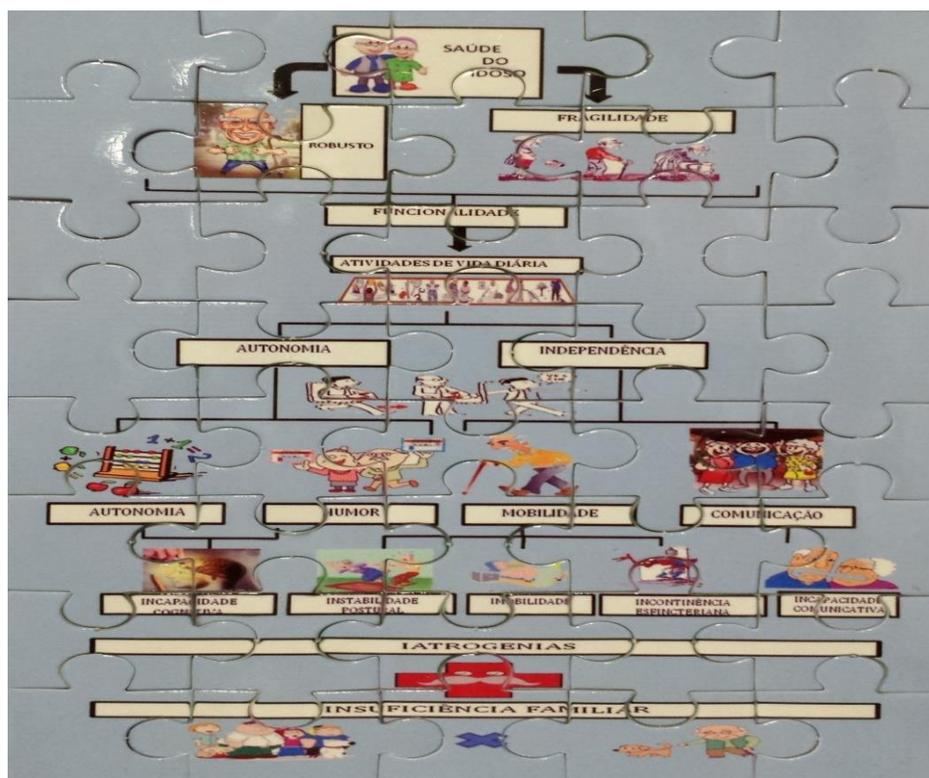


FIGURA Nº 13. Quebra-cabeça montado com a ilustração da gravura no seu todo. Vitória/ES. Out-Nov 2014.

FIGURA Nº 14 representa uma ficha guia com cópia da ilustração da gravura no seu todo.

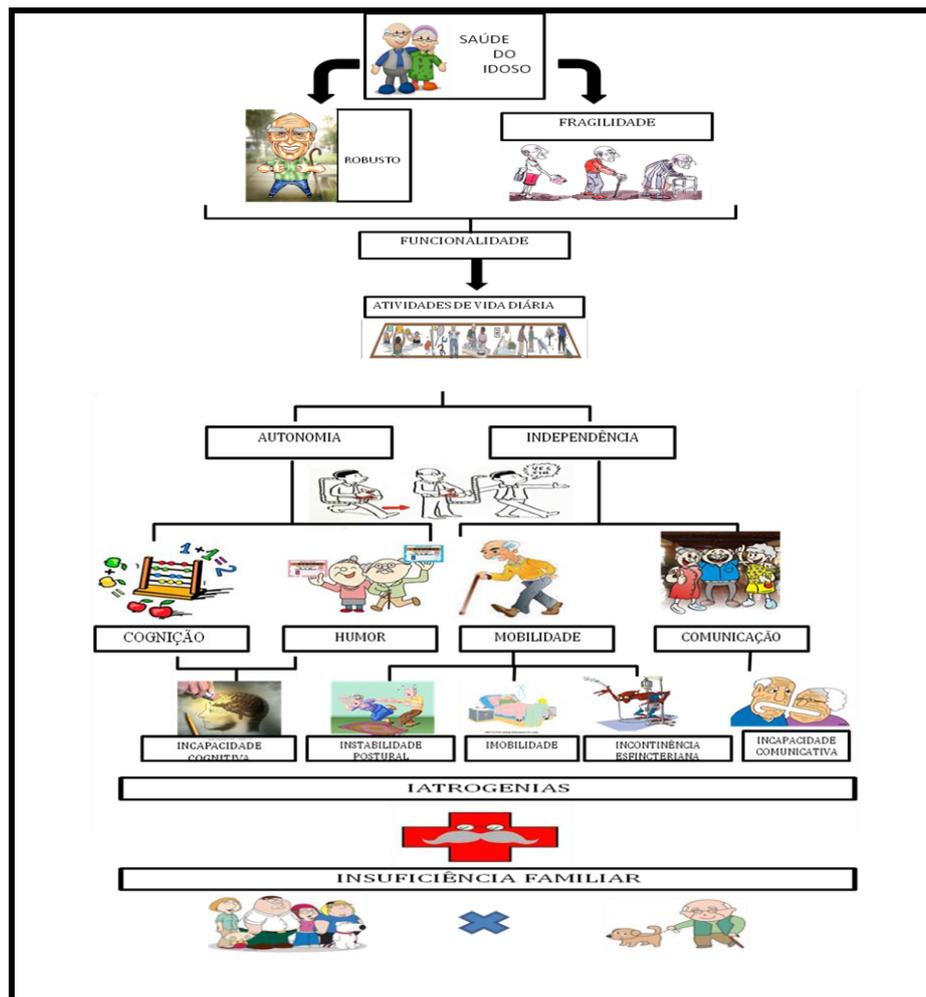


FIGURA Nº 14. Ficha guia com cópia da ilustração da gravura no seu todo. Vitória/ES. Out-Nov 2014.

Objetivos:

- Identificar saberes e práticas dos participantes acerca da capacidade funcional.
- Estimular habilidades como: noção espacial, desenvolvimento cognitivo, visual, social, coordenação motora fina, raciocínio lógico, criatividade, imaginação, percepção, concentração e paciência.
- Permitir a intercessão de conhecimentos entre educadores e educandos, facilitando a troca de saberes para um maior prolongamento da capacidade funcional da pessoa idosa para minimização de possíveis síndromes geriátricas.

Número de participantes: no mínimo 1 e no máximo 3 participantes.

O jogo contém:

*Um cartão com as regras do jogo.

*Uma ficha guia com cópia da ilustração da gravura no seu todo.

*40 blocos com diferentes formas.

Regras do jogo:

1. Um jogador deve ser escolhido para ser o mediador. Ele terá a função de orientar os participantes em caso de dificuldades em solucionar o quebra-cabeça, fornecendo informações que possam contribuir para a sua montagem. Para isso, o mediador terá uma ficha guia com a gravura completa.
2. O participante deve visualizar o quebra-cabeça montado para memorização da gravura.
3. Distribua os blocos, misturando sobre uma superfície plana.
4. Ganha o jogo aquele que encaixar todos os blocos completando a gravura.

Observação

O jogo pode ser realizado de outra forma, conforme o grau de dificuldade apresentado pelos participantes. Os participantes com maior dificuldade podem seguir as seguintes regras:

1. Um jogador deve ser escolhido para ser o mediador. Ele terá a função de orientar os participantes e retirar os blocos, gradativamente, conforme

possibilidade dos participantes em colocá-los novamente de forma correta. Para isso, ele terá uma ficha guia com a gravura completa.

2. O participante deve visualizar o quebra-cabeça montado para memorização da gravura.
3. Em seguida, o mediador tira um ou dois blocos para o participante colocá-los no lugar certo. Identificando que o jogo pode ficar mais complexo, o mediador, conforme o grau de dificuldade dos participantes por ele, identificado, vai tirando um número maior de blocos, de forma gradativa.
4. Ganha o jogo, aquele que encaixar corretamente todos os blocos retirados pelo mediador completando a gravura.

5.1.4 BINGO DA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL

O jogo do Bingo envolve o desafio da concentração, coordenação motora, estímulos e benefícios sociais. No Bingo, tradicionalmente, cada jogador compra uma ou mais grades de jogo, grades essas chamadas também de cartelas, exibindo certa quantidade de números. Evidentemente, todas as grades são únicas. Em seguida, do outro lado da sala, uma pessoa chamada “sorteador” tira os números ao acaso e os anuncia. Toda vez que um número sorteado corresponde a um número de sua grade, o jogador o marca. Para ganhar, é necessário que sua grade seja completamente marcada ou ao menos uma parte desta definida antes do início do jogo (segundo as modalidades de bingo existentes). O ganhador avisa que todos os seus números foram marcados ao gritar “Bingo!”

Esse jogo é muito conhecido em todas as faixas etárias, crianças, adultos e idosos, sendo muito divertido. Essa diversão pode tornar-se educativa, transformando o bingo tradicional em um bingo educativo.

Vários são os benefícios de Jogar Bingo independente da faixa etária, mais principalmente para a pessoa idosa: pode melhorar a concentração e a memória de curto prazo, pois é preciso manter-se atento, ouvindo e memorizando todos os números sorteados. Estimula à coordenação, vez que o participante deve estabelecer de forma rápida uma conexão entre o que ele ouve e sua ação de marcar e reconhecer a informação na cartela. Além do estímulo, por se tratar de um jogo que causa empolgação pela chance de ganhar, e do benefício social uma vez que o jogo exige mais de um participante, promovendo interação.

No referido jogo, conhecimentos relacionados à alimentação saudável são abordados. Ao mesmo tempo em que o jogo proporciona entretenimento, promove uma interação significativa, capaz de construir e/ou acrescentar conhecimento aos participantes acerca da alimentação saudável.

A proposta do novo modelo se refere a um conjunto de cartelas que pode ser de material cartonado, papel, EVA, cartão, contendo respostas sobre perguntas relacionadas à alimentação saudável. Todas as cartelas são únicas. Um mediador terá uma ficha contendo todas as perguntas identificadas por números.

A nova regra do jogo é que o mediador ao sortear um número deverá ler para os participantes a pergunta correspondente. O participante ao encontrar a resposta, deverá ler em voz alta. Caso a resposta corresponda corretamente à pergunta o participante poderá marcar a cartela. Ganha o jogo, aquele que marcar completamente a cartela ou ao menos uma parte desta definida antes do início do jogo (segundo as modalidades de bingo existentes).

Vejamos as figuras a seguir:

A FIGURA N^o 15 representa as cartelas de respostas retangular de superfície plana com dimensões de 21cmx11cm no mínimo, com 6 espaços igualmente

distribuídos que contêm 5 respostas diferentes (1a) e 1 imagem (1b) relacionado ao tema da alimentação saudável. Total de 12 cartelas.

<p>(1a) resposta</p> <p>Leite, couve-flor, alho, cebola, batata, arroz, cogumelo</p>	<p>(1b) imagem</p> 	<p>Semente de girassol, espinafre, pimentões e amêndoas</p>
<p>Cansaço e dores no corpo</p>	<p>Uva, ameixa, figo, beterraba, repolho-roxo</p>	<p>Vitamina do complexo D e E</p>

A FIGURA Nº 15. Cartela de resposta do participante contendo 5 respostas diferentes e 1 imagem relacionada ao tema. Vitória/ES. Out-Nov 2014.

A FIGURA Nº 16 representa a ficha de perguntas enumeradas (2a) com suas respectivas respostas (2b). Tendo um total de 36 perguntas (2c).

(2a) Numeração correspondente ao sorteio

Nº	PERGUNTA	RESPOSTA
1	Em quantas cores os alimentos são divididos?	6 cores
2	Os alimentos brancos são ricos em quê?	Em cálcio e potássio
3	Os alimentos brancos são excelentes para ajudar o organismo em quê?	Para formação e manutenção dos ossos e músculos
4	Exemplos de alimentos brancos	Leite, couve-flor, alho, cebola, batata, arroz, cogumelo
5	Os alimentos verdes são ricos em quê?	Clorofila e vitamina A
6	Exemplos de alimentos verdes.	Vegetais folhosos, pimentão verde, salsa e ervas.

(2c) Pergunta a ser feita após sorteio (2b) resposta correta

FIGURA Nº 16. Representação da ficha de perguntas enumeradas com suas respectivas respostas. Total de 36 perguntas. Vitória/ES. Out-Nov 2014.

Objetivos:

- Identificar saberes e práticas dos participantes acerca de uma alimentação saudável.
- Proporcionar a memorização, concentração, coordenação motora e interação social.
- Permitir o compartilhamento de experiências e conhecimentos entre educadores e educandos acerca do cuidado de si referente à alimentação saudável.

Número de participantes: no mínimo 3 e no máximo 12 participantes.

O jogo contém:

- *Um cartão com as regras do jogo.
- *12 cartelas de respostas
- *Uma ficha de perguntas enumeradas com suas respectivas respostas.
- *Um globo
- *Bolinhas numeradas. Total de 36 bolinhas.

Regras do jogo:

1. Um jogador deve ser escolhido para ser o mediador. Ele terá a função de distribuir as cartelas, escolher uma bolinha, ler em voz alta o número e a pergunta correspondente. A cada resposta dada pelos participantes o mediador deverá responder certo ou errado. No caso de nenhuma resposta dos participantes, o mediador deverá ler a resposta contida na ficha em voz alta. Para isso, ele terá uma ficha com as respostas.

2. Abra a tampa do globo e coloque as bolinhas numeradas.
3. Distribua as cartelas entre os participantes.
4. Gire o globo até uma bolinha ser escolhida.
5. O mediador deverá ler o número em voz alta e a pergunta correspondente.
6. Ganha o jogo aquele que marcar completamente a cartela ou ao menos uma parte desta definida antes do início do jogo (segundo as modalidades de bingo existentes).

CAPÍTULO VI

**PERTINÊNCIAS, POTENCIALIDADES E LIMITAÇÕES DA
GERONTOTECNOLOGIA IMPLEMENTADA NA DISCUSSÃO COM IDOSOS
SOBRE ENVELHECIMENTO ATIVO E SAUDÁVEL**

6. 1. Implementação e avaliação da gerontotecnologia nos grupos de convergência

A gerontotecnologia pode ser implementada tanto na promoção da saúde quanto nas ações de prevenção e controle de doença em percurso, com enfoque individual ou grupal, estreitando assim a interação profissional com os sujeitos, a fim de melhor adesão e participação ativa dos mesmos no cuidado de si.

Para a implementação dos jogos educativos como uma gerontotecnologia são necessárias condições mínimas como um grupo de idosos, além da presença do enfermeiro como mediador do processo ensino-aprendizagem, fomentando a discussão de interesse para o processo de educação em saúde, antes e durante o desenvolvimento dos jogos.

Nesta pesquisa, o terceiro encontro com cada grupo foi iniciado com a apresentação aos participantes dos jogos recriados a partir das discussões oriundas dos encontros anteriores, causando uma euforia nos grupos e uma expectativa para o desenvolvimento da atividade. O movimento do diálogo favorecia aos participantes trazerem para o espaço coletivo suas dúvidas e questionamentos que eram gradativamente sanados na medida em que se sentiam seguros e confiantes na realização da proposta.

Reforcei que a recriação dos jogos expressava a discussão produzida nos encontros anteriores, dando concretude às informações, vivências e experiências

compartilhadas sobre as concepções e práticas dos idosos acerca do envelhecimento ativo saudável. De modo a facilitar a implementação e assimilação da proposta, cada participante deveria escolher dois dos quatro jogos disponíveis. Divididos em pequenos grupos, todos assumiram características similares, demonstrando interesse e curiosidade no desenvolvimento da atividade.

As salas foram preparadas conforme a necessidade de cada jogo: mesa com cadeiras para os jogos de tabuleiro, quebra-cabeça e memória; e cadeiras com braço dispostas em círculo para o bingo. Cada grupo podia escolher dois tipos diferentes de jogos, pois assim facilitaria o processo de aprendizagem na medida em que poderiam explorar melhor cada jogo. De imediato a ansiedade em conhecer os jogos tomou conta dos idosos, com expressões de curiosidade, risos e perguntas. Todos se aproximaram para ver os jogos, conhecer o objetivo de cada um para então fazerem sua opção. O grupo 1 escolheu o tabuleiro e o bingo, o grupo 2 escolheu tabuleiro e quebra-cabeça e o grupo 3 escolheu o jogo de memória e quebra-cabeça. Após o término da produção de dados que incluía a inserção dos idosos na atividade lúdica apresentada, todos os participantes tiveram a oportunidade de fazer uso dos quatro jogos disponíveis.

Após a escolha todos se acomodaram para iniciar o jogo; em cada subgrupo havia dois assistentes de pesquisa auxiliando os participantes para qualquer intervenção que se fizesse necessária no decorrer da atividade. Durante sua implementação estive atenta às expressões verbais e não verbais dos participantes e à disposição para solucionar eventuais problemas. Essas expressões foram homogêneas entre os grupos, representadas por risos, espontaneidade, solidariedade em ajudar o colega com maior dificuldade. Sentimentos de frustração quando perdiam, e o espírito competitivo também marcaram presenças, tornando o jogo extremamente empolgante, como podemos observar no discurso dos participantes I01, I05, I07, I13 e I23.

Vou te ajudar [remete-se a participante I07], você tirou a carta de número 3. Então conta: um, dois e três. Você ganhou mais um ponto, sabe por quê?(pergunta para I07). Porque você parou na casa realizar atividades de lazer e social que é muito bom para a gente. (I01)

(...) ganhei um ponto! [levanta da cadeira e vibra] porque parei na casa da autonomia [gargalhadas]. Isto é muito importante para mim [durante o jogo do tabuleiro]. (I05)

Poxa!!! (cruza os braços). Só paro na casa de coisas ruins [referindo-se as casas do jogo de tabuleiro que caracterizavam práticas negativas] Olha aí! [parou na casa suporte familiar insuficiente]. Só ando para trás [riso]. Ainda bem que isso é só no jogo, porque eu posso contar com os meus filhos sempre. (I07)

Como é bom jogar isso! [refere-se ao quebra-cabeça]. Me lembra muito a minha infância e faz a gente realmente quebrar a cabeça [risos]. (I13)

Vamos ver quem consegue ganhar mais cartas no final [durante jogo de memória]. Tem que ser muito bom de memória. E eu sou [risos]. (I23)

O entrosamento e o espírito coletivo, expressos pelo grupo durante o jogo também foram fatores importantes no processo de educação em saúde.

Quando a gente trabalha em conjunto, pensando junto, é melhor, rende mais. Jogando um foi ajudando o outro a lembrar do que conversamos e ao mesmo tempo conhecemos melhor o colega ao lado. Foi muito bom! (I28)

A gerontotecnologia educacional e lúdica permitiu o diálogo com abertura para o outro, com o desejo de conhecer seu ponto de vista para superar qualquer necessidade de confirmação de certezas, ou de convencimento do outro quanto à veracidade do ponto de vista específico de cada um, seja ele o saber científico ou popular. Todos compartilharam saberes e práticas sobre o envelhecimento e o ser que envelhece, de

forma leve e descontraída, a partir de uma estratégia educacional multifacetada e em constante movimento.

Os idosos apresentaram entusiasmo e motivação durante a participação nos jogos. A alegria expressa era contagiante, representando uma verdadeira vitória na ratificação do aprendizado. Mas também houve limites na implementação da proposta, a exemplo da dificuldade de assimilação e aplicação das regras no decorrer dos jogos por alguns participantes, que foram superados pelos próprios através do espírito coletivo e solidário assumido pelo grupo. Nessa perspectiva, aquele que compreendia melhor determinadas fases do jogo, colaborava com o exercício de compreensão do outro, tornando a atividade prazerosa para ambos. Isto porque, no espaço grupal ocorre o encontro de diferentes modos de existência, com produção de subjetividades. Este processo faz-se pelo significado das situações vivenciadas pelos sujeitos do grupo e no grupo, configurando um fenômeno mobilizador contínuo de mudanças e de inquietudes com a realidade (NOGUEIRA; MUNARI; SANTOS; OLIVEIRA; FORTUNA, 2013).

No quarto encontro, a partir de uma roda de conversa utilizando um roteiro para facilitar a discussão, a estratégia implementada foi avaliada pelos participantes no que tange à sua pertinência no processo de educação em saúde à pessoa idosa. Quando levados a refletir sobre como foi participar da atividade educativa proposta, os idosos se referiram aos jogos como um recurso que possibilitou a fixação do que foi compartilhado durante as discussões e que ajudou a refletir sobre seus hábitos de vida.

Os jogos ajudaram muito. Eu acho que nos ajudou a prestar mais atenção no que foi conversado antes. Para mim, a discussão sobre alimentação foi a que eu mais gostei, e o bingo (bingo da alimentação saudável) ajudou a fixar muitas coisas importantes. Isso me ajudou muito e procurei mudar as coisas (hábitos alimentares) na minha casa. (I25)

(...)aprendi muita coisa boa, mas agora eu estou achando mais importante, isso aqui desse jeito é muito melhor (referindo-se aos jogos). Muito bom! Bom demais!!(I31)

Foi muito bom! Porque só falar, só absorver. A gente quando pratica se desenvolve mais. Deu para entender melhor as informações. (I04)

O diálogo desenvolvido no âmbito da estratégia educativa e a aplicação dos jogos como um recurso tecnológico, criativo e recreativo, possibilitaram uma reflexão dos idosos quanto à pertinência da proposta para apreensão das informações compartilhadas. A estratégia e o recurso utilizados contribuíram com a tomada de consciência dos idosos participantes acerca de suas suas limitações e possibilidades em relação ao envelhecimento ativo e saudável. Vejamos os discursos de I04, I21, I25 e I28.

Agora eu presto mais atenção quando estou andando, quando vou subir uma escada, quando vou descer. Agora eu procuro me proteger. (I04)

Lá em casa no banheiro não tem barra em lugar nenhum. Toda vez que vou tomar banho eu penso: _Ai meu Deus! Eu tenho que colocar barra aqui. _Porque eu me lembro da aula e da figura do jogo de memória que mostra aquele banheiro. (I21)

O problema do idoso era sempre visto na doença. E aqui não. Com as conversas e os jogos aprendi mais sobre ser idoso. (I28)

Gostei muito mesmo!! Porque nós tivemos a oportunidade de reviver e reaprender muitas coisas que estamos passando. (I10)

A cada peça do quebra-cabeça, a gente foi classificando, as coisas negativas e positivas durante o jogo. Depois de montado era só recordar. (I25)

O cuidado humano ocorre por meio de interações intra e interpessoais; as questões subjetivas, individuais e grupais, de relacionamentos interpessoais devem ser consideradas. Nesta visão, as prioridades do cuidado são organizadas de acordo com as diferentes concepções do processo saúde-doença do idoso, tendo em conta seu universo sociocultural. Para Leininger (2001a) a saúde é considerada um estado de bem-estar, culturalmente definido, que capacita indivíduos e grupos a praticar e valorizar suas atividades diárias, de maneira satisfatória. Ainda, a visão de mundo é constituída pela forma como as pessoas olham e observam o mundo e constroem (individual e coletivamente) referências de valor acerca do mundo e de suas vidas (LEININGER, 2001b).

Tais concepções vêm ao encontro do pensamento de Freire quando enfatiza que o homem só se conscientiza como ser que está no mundo e com o mundo, quando toma para si a responsabilidade de participar e coparticipar com os outros (FREIRE, 2013a). Esse movimento coletivo de produção do conhecimento pode ser evidenciado no discurso de I30.

Todo trabalho realizado aqui no decorrer desses tempos, a partir do momento que começamos a participar, todo o trabalho teve seu lado positivo e tem trazido muita coisa, acrescentando muitas coisas em nossas vidas. A questão de mudanças... Isso depende de cada pessoa que tenha absorvido, juntando com sua própria condição de vida e suas experiências. Que possa nessa soma, fazer transformações individuais e depois em grupo. Então, as discussões e os jogos influenciaram positivamente sim.

Outro destaque do grupo sobre o desenvolvimento dos jogos foi a sua ação como elemento agregador que levou a um clima de entrosamento, descontração e criação de vínculos no grupo, se constituindo em importante instrumento no processo de educação em saúde por promover uma participação ativa e mudança de comportamento. O compartilhamento de experiências, em espaços e ações coletivas e cotidianas oferece

possibilidades para que o indivíduo, no grupo, faça novas escolhas e opções pessoais e sociais (SILVA, 2006).

Valeu para a mente, coração e espírito. Porque nós demos boas risadas. Rimos bastante! (risos). (I04)

Eu acho que o entrosamento que melhorou com os jogos, ficamos mais a vontade para falar. (I28)

Eu gostei muito!! Porque foi uma coisa que ativou a gente. Se em todos os lugares que a gente passa (hospitais, ambulatórios, posto de saúde e outras instituições de saúde) tivesse uma coisa assim, seria muito bom. Essa convivência, conhecendo uns aos outros, uns mais ágeis, outros menos. Você vai vendo que se um colega pode, eu também posso. (I27)

A educação enquanto prática social permite que o homem constantemente aprenda, tornando-se possível pensar numa transformação cultural e da própria sociedade. A evolução social decorre da ação educacional. Assim, a educação enquanto ato de transformação implica em caráter permanente, tanto para que a sociedade possa se desenvolver, quanto para que o indivíduo possa estar integrado a este desenvolvimento. “Representa uma necessidade de ampliação da participação ativa do homem no contexto social e cultural, visando uma melhoria nas relações interpessoais, na qualidade de vida, na compreensão de mundo e na esperança de um futuro melhor e mais digno. Pela educação assume-se uma nova concepção de vida humana, cujo princípio central não é só aprender, mas principalmente viver para aprender, estando integrado e interagindo com quem se encontra ao seu redor” (OLIVEIRA, 2007, p. 282).

Esta forma de pensamento integralizado permite refletir sobre uma educação que vise à superação da marginalização social, possibilitando uma formação contínua. Nesta esfera, percebe-se que a educação além de propor e ser agente da ação que transforma, é um direito elementar de todo ser humano, independente da idade. Assim, o idoso como

cidadão tem direito à educação em saúde, não apenas como instrumentalização ou compensação, mas como espaço de questionamento, decisões, capacitação e diálogo (OLIVEIRA; SCORTEGAGNA, 2010).

6. 2. Potencialidades da gerontotecnologia no cuidado de enfermagem

Os resultados deste estudo despertaram reflexões sobre o cuidado de enfermagem que possam facilitar a identificação dos problemas relacionados ao envelhecimento e o planejamento/implementação de estratégias voltadas para minimizá-lo ou retardá-los, nos diferentes cenários de atenção à saúde. A partir dos discursos se pode observar como o idoso dá significado e importância ao cuidado que prioriza o diálogo e a horizontalidade entre os envolvidos, e a presença do enfermeiro nesse processo.

A enfermeira tem conhecimento e tem a vivência com o paciente. O médico tem conhecimento, mas ele [o médico] mantém certa distância. Percebo a enfermeira mais ativa no cuidado, permite uma proximidade com a gente. Então, você tem o conhecimento, a experiência e a possibilidade de se aproximar. (I01)

Os jogos foram excelentes, mas vejo a necessidade de um profissional qualificado como o enfermeiro para fazer a discussão. Não dá para ser qualquer pessoa da área da saúde. (I15)

Tudo que conversamos e praticamos foi muito importante. Mas o que me chamou atenção, até pela vivência e participação que tenho em outros grupos de idosos, foi essa aproximação da gente com o professor (refere-se à pesquisadora), os estagiários, toda a equipe. Senti-me mais perto, mais segura. (I27)

Você se aproxima e deixa a gente falar. (I32)

Assim, a gerontotecnologia aplicada no cuidado de enfermagem qualifica-o por priorizar o processo de valorização humana e social da terceira idade, com abordagem nos diversos aspectos biopsicológicos, político, espiritual, econômico e sociocultural. Desta feita, proporciona ao idoso uma melhor qualidade de vida, tornando-o mais ativo, alegre, participativo e integrado ao cuidado.

Outro sentido expresso pelos idosos em seus discursos foi a oportunidade da escuta que ocorre quando o mediador recebe o que está sendo trazido pelos mediandos (linguagem verbal e não verbal) de maneira (verbal e não verbal) que estes se percebam acolhidos e validados em seus discursos (ALMEIDA, 2015).

A maneira de falar. Deixa a gente falar e depois fala o que pensa sobre o que está sendo discutido. Jamais encontrei isso em outro lugar. Nem em casa me deixam falar, não me escutam. (I24)

Percebi o zelo pelas pessoas e a paciência. Às vezes a gente tá falando e ela (a enfermeira pesquisadora) fica ali ouvindo, dando atenção. (I25)

Muitas vezes o profissional de saúde não nos dá atenção. Mesmo pagando. E aqui não. O que a gente falar, a gente é ouvida. Estamos aprendendo, trocando experiências. (I27)

Aqui se buscou saber o que o idoso pensa. E isso é muito bom! Porque não é comum deixar o idoso falar. (I28)

A escuta viabiliza as expressões equânimes dos idosos gerando confiança no processo de diálogo e sentimento de que é possível falar e ser ouvido, mesmo na vigência de discordâncias (ALMEIDA, op. cit.). Freire (2013b) destaca a importância de propiciar condições aos educandos, em suas socializações com os outros e com o educador, da experiência de assumir-se como um ser histórico e social, que pensa, critica, opina, tem sonhos, se comunica e emite sugestões. Acredita que a educação é

uma forma de transformação da realidade, que não é neutra e nem indiferente, mas que tanto pode destruir a ideologia dominante como mantê-la.

As ações educativas junto ao idoso, família e comunidade têm um papel essencial na promoção e manutenção do envelhecimento ativo e saudável, uma vez que suas peculiaridades estão estritamente ligadas ao estilo de vida, às concepções e práticas que envolvem o cuidado no seu cotidiano comum. O idoso é estimulado a manter uma vida independente, tendo em conta às modificações inerentes ao processo de envelhecimento, contribuindo para uma melhor qualidade de vida.

Todo processo isolado de pensamento, levado ao extremo, conduz ao desvario. O medo de envelhecer e do seu enfrentamento pode levar ao risco da desordem, pois o idoso tende a buscar uma acomodação na ordem das coisas. As mudanças ocasionadas pelo envelhecimento na etapa natural da vida levam a um novo processo de viver e se cuidar que pode ser resignificado pelo idoso como desordem. Como este geralmente é resistente a mudanças por medo do novo e do desconhecido torna-se mais complexo o enfrentamento desse processo. A prática educativa, visando o cuidado de si através de uma gerontotecnologia, pode auxiliá-lo a restabelecer a ordem (BARROS; SANTOS; GOMES; ERDMANN, 2012).

Contudo, há que se ter em consideração que o êxito de uma inovação não se caracteriza tão somente pelo uso de novos elementos tecnológicos, mas, sobretudo, que este represente uma forma diferenciada de pensar o processo de ensinar e aprender em uma perspectiva emancipatória. Uma experiência inovadora é um processo situado em um contexto histórico e social, e, como tal, apela para uma ruptura com procedimentos acadêmicos inspirados em princípios positivistas da ciência moderna. Assim, na contramão do modelo dominante de ensino tradicionalmente vertical, as ações educativas que procuram explorar novas possibilidades no contexto dos conflitos e das

contradições podem mobilizar processos significativos de mudança (CYRINO; TORALLES-PEREIRA, 2004).

Freire (2013c) ao propor a educação como prática de liberdade critica o depósito de conteúdos, em uma concepção de homens como seres vazios e que precisam ser preenchidos por conhecimentos de outros a quem se julga saber mais. Seguindo outra direção, Freire (op. cit) propõe uma educação alicerçada na posição do homem como sujeito de sua história, do seu estar no mundo; tendo a problematização como base pedagógica e o diálogo como elemento essencial que fundamenta a relação entre educador e educando, possibilitando que ambos aprendam juntos por meio de um processo emancipatório.

Alvim e Ferreira (2007) criticam a linearidade no processo de educação em saúde:

“No campo da saúde, embora já existam várias iniciativas de natureza ética, no sentido de respeitar e valorizar a participação e autonomia do sujeito nas ações relativas ao seu bem-estar, ainda hoje se constata a predominância do modelo de educação linear, de orientação depositária, que se ancora em um modelo escolar de dominação. Nele, se substitui a ideologia da cultura comum pela ideologia da cultura científica” (ALVIM; FERREIRA, 2007, p.316).

A tecnologia aplicada nesta tese buscou um modelo de educação que implica em postura de ensino horizontalizada com o grupo de idosos participantes, com estabelecimento de uma relação entre educador e educando contrária a unidirecionalidade e verticalidade do modelo depositário.

A educação necessita contribuir com a autoformação da pessoa, reunindo elementos para a tomada de consciência de sua condição humana e de tornar-se cidadã. Educar facilita o exercício da autodeterminação e da independência, funcionando como rede de apoio que mobiliza as pessoas na busca de um sentido para a vida, melhorando sua autoestima (BARROS; SANTOS; GOMES; ERDMANN, 2012).

Leininger (2001a) teoriza a existência de um sistema profissional de cuidado e cura organizado, formalmente reconhecido e prestado pelos profissionais de saúde, considerando o cuidado a essência da enfermagem. Além desse, há o sistema popular, local, que inclui a família e a sociedade. Para a teórica, saúde é o estado percebido ou cognitivo de bem estar, que capacita o indivíduo ou grupo a desenvolver ações segundo os seus valores, crenças e práticas compartilhadas, apreendidas ao longo das gerações.

No contexto do sistema profissional, a educação em saúde quando apoiada no modelo biomédico mecanicista reduz o ser humano a um objeto manipulado apenas pelo interesse do saber científico, através de normas terapêuticas. Isto posto, não considera a cultura como fator importante no processo educativo.

Na contramão deste modelo linear de educar-cuidar, o enfermeiro necessita ser criativo no uso de estratégias para a realização do processo de educação em saúde. A gerontotecnologia aqui implementada surge como um recurso pedagógico lúdico capaz de integrar, pela ação dialógica, o enfermeiro com o idoso, possibilitando a construção de um conhecimento com vistas a prevenir e minimizar incapacidades, empoderando os idosos para o cuidado (SANTOS; et al, 2013).

No contexto em que o aprendiz é um agente passivo da aprendizagem, se confunde o “ensinar” com o “transmitir”, e se perde as necessidades do aprendiz. A ideia de o ensino ser despertado pelo interesse do aprendiz gerou outro entendimento sobre o material pedagógico; o profissional que ensina passou a ser estimulador, de uma maneira eficaz. Nesse caso, o jogo se constituiu em ferramenta de aprendizagem, no sentido de que gerou estímulo ao aprendiz (ANTUNES, 1999).

A longevidade é um acontecimento que significa que as pessoas estão tendo maiores chances de envelhecer. E, apesar de o envelhecimento representar, de modo geral, o êxito de saúde, a maioria dos idosos apresenta alguma doença crônica. No

entanto, é possível continuar vivendo com qualidade de vida, apesar dos processos de adoecimento. A educação em saúde tem papel importante neste processo, agindo sobre a capacidade funcional, mental e cognitivo do idoso, e assim, preservando no maior grau possível sua autonomia e independência.

A estratégia lúdica no processo de educação em saúde é vantajosa por diferentes aspectos: relação custo-benefício satisfatória; pode ser implementada tanto na promoção da saúde quanto nas ações de prevenção e controle de doença em percurso; enfoque individual ou grupal, na prevenção de enfermidades; estreitamento da interação do enfermeiro com os idosos, a fim de uma participação ativa dos mesmos no cuidado de si.

As práticas lúdicas é uma realidade discutida e abordada no contexto da enfermagem, tanto no âmbito diagnóstico, quanto na intervenção e resultados de enfermagem, como estratégia de cuidado. A Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem – CIPE®, considerada um marco unificador dos diferentes sistemas de classificação dos elementos da prática profissional apresenta em seu catálogo a Ludoterapia. Refere-se à técnica de tratamento que se utiliza da brincadeira como via de expressão e comunicação entre o paciente e o terapeuta, definida como terapia do eixo meios (maneira ou método de executar uma intervenção) (CIPE, 2007).

Importante ressaltar que uma intervenção educativa, por si só, não garante mudança de comportamentos e melhora na qualidade de vida, devido às questões socioculturais e econômicas envolvidas. Além disso, não devemos considerar somente que o objetivo da educação em saúde seja a mudança de comportamento, pois o sujeito detentor de valores próprios, que não necessariamente se assemelham àqueles do educador, pode escolher outros meios para desenvolver suas práticas cotidianas (GAZZINELLI; GAZZINELLI; REIS; PENNA, 2005). Logo, a educação em saúde

funciona como rede de apoio que mobiliza as pessoas na busca de um sentido para a vida, melhorando sua autoestima.

O estímulo à participação em atividades que favoreçam a interação social é oportuno no intento de trocar experiências sobre a con(vivência) com as condições que se lhe apresentam nesta etapa da vida, possibilitando desvelar novos significados para a experiência do envelhecer.

6. 3. Limitações da gerontotecnologia no cuidado de enfermagem

O cuidado de Enfermagem é complexo e para realizá-lo é necessário compreender a condição humana e suas relações, as quais, recursivamente, dependem do ambiente e da especificidade do ser humano que é cuidado. Nesse sentido, o enfermeiro deve reconhecer que a pessoa idosa precisa estar inserida em ambientes que promovam segurança e comodidade, que tenham acesso às informações e orientações acerca do processo de envelhecimento, respeitando-se suas singularidades como um direito ético, com abertura necessária para dialogar sobre as alterações decorrentes desse processo.

Assim, se reitera a importância de a enfermeira identificar e compreender as relações entre as diferentes necessidades básicas para os idosos e o que é fundamental no cuidado a esse grupo. A avaliação de clientes idosos envolve aspectos complexos e variados. O importante é identificar os aspectos positivos, as limitações e os aspectos subjetivos que interferem no cuidado de si, de modo que resultem em cuidados fundamentais de enfermagem para o idoso (SÁ, S. P. C.; FERREIRA, M. A., 2004).

Destarte, se evidencia através deste estudo que para a aplicação de jogos como uma gerontecnologia é necessário que o enfermeiro conheça as questões que tangem os aspectos físico, psíquico, social e político que abarcam as diferentes dimensões do

processo envelhecer. Além de conhecer o arcabouço teórico na área da gerontologia e geriatria, esteja aberto ao diálogo, aguçando sua capacidade crítica, sensível e de interação humana.

Tomando por empréstimo os dizeres freirianos, para pôr o diálogo em prática, o educador não pode colocar-se na posição ingênua de quem se pretende detentor de todo o saber, deve, antes, colocar-se na posição humilde de quem sabe que não sabe tudo, reconhecendo que todos possuem experiências de vida e, por isso, portadores de saberes.

Assim, para o emprego de tecnologias educativas que utilizam a criatividade e a ludicidade como estratégias de cuidado faz-se oportuna a qualificação do enfermeiro no campo da gerontologia, apoio de recursos humanos, infraestrutura e logística das instituições em diferentes níveis de atenção. Há de se considerar, também, no conjunto desses elementos, a atenção dos enfermeiros quanto a componentes que fundamentam a ética do cuidado, como comprometimento, responsabilidade e respeito aos direitos dos idosos na atenção às suas crenças, valores, saberes e práticas como uma questão cidadã. Além disso, considerar atributos próprios da subjetividade humana, a exemplo da empatia, da atenção e do diálogo que qualificam a relação com o outro no âmbito do cuidado de enfermagem.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As reflexões oportunizadas pela construção desta tese sobre o processo de envelhecimento ativo e saudável e o ser que envelhece, associadas às experiências vivenciadas por idosos, reforçaram o entendimento do processo dinâmico e complexo desta etapa da vida, somente viável quando articulado ao contexto sociocultural. Pelo diálogo grupal, facilitado pelas práticas lúdicas, foi possível identificar e discutir no coletivo como cada idoso se percebe no seu meio familiar e na sociedade, bem como suas concepções, saberes e práticas que o direcionam no cuidado de si.

Os jogos foram elaborados como produto das discussões havidas com os idosos sobre o envelhecimento, considerando o compartilhamento de saberes e práticas, comuns e científicos. Neste ínterim, como enfermeira e pesquisadora, atuei como mediadora do processo de criação e implementação desta gerontecnologia.

Durante o primeiro e segundo encontros dos grupos de convergência as discussões foram focadas nas vivências e necessidades dos participantes quanto ao envelhecimento ativo e saudável. No diálogo com os idosos, foi possível apreender quais jogos marcaram suas vidas e com os quais se identificavam, o que resultou na recriação dos jogos de bingo, quebra-cabeça, memória e tabuleiro organizados por categorias, de forma a facilitar a compreensão do idoso sobre os temas que surgiram com maior expressão: alimentação, manutenção da capacidade funcional e práticas positivas para um envelhecimento ativo e saudável.

O terceiro e o quarto encontros propiciaram uma rica discussão sobre o tema investigado com os idosos, reforçaram os conhecimentos compartilhados nos encontros anteriores e propiciaram a avaliação da pertinência da estratégia proposta na ótica dos participantes. Os resultados gerados com o desenvolvimento, implementação e

avaliação dos jogos educativos como uma gerontotecnologia oportunizou a discussão sobre suas potencialidades e limites no cuidado de enfermagem.

A articulação dos conceitos trazidos de Madeleine Leininger e Paulo Freire, naquilo que ambos defendem e se aproximam, fundamentou toda a discussão com os idosos, pois ambos concebem a cultura como essencial no processo de cuidar e educar, respectivamente.

A gerontotecnologia implementada foi concebida como uma ferramenta facilitadora do cuidado ao idoso, fomentando, pelo diálogo e práticas lúdicas, a discussão crítica e reflexiva acerca de sua corresponsabilidade e coparticipação na gestão de ações que promovam a sua independência e autonomia no cuidado de si, a despeito da presença ou não de doenças e limitações inerentes ao envelhecimento.

O estímulo à participação do idoso em atividades grupais proporcionou oportunidades de discussão e troca de experiências sobre essa fase da vida. Os jogos propiciaram aos idosos maior interação e convívio prazerosos, o que pressupõem benefícios à sua saúde física, mental e social. O processo educativo desenvolvido proporcionou abordar um conjunto de práticas positivas para o cuidado de si. Tais atividades podem agir no prolongamento da capacidade funcional do idoso, retardando internações hospitalares e institucionalizações precoces advindas de complicações por doenças de base e práticas negativas que interferem no envelhecimento ativo e saudável.

Por meio do conhecimento compartilhado no processo de codificação e decodificação acerca do ser envelhecendo, oportunizado pelas práticas artísticas próprias da técnica de criatividade e sensibilidade empregada na produção de dados da pesquisa, e pela implementação dos jogos, foi possível tornar conhecimentos estranhos ou não explorados em algo comum, ressignificando-os.

Como abordado nesta tese, existem várias ações de saúde com grupos de idosos, principalmente na atenção primária, direcionadas, vias de regra, à prevenção e complicações de um conjunto de doenças que acometem esse grupo social. Essa visão biomédica e reducionista por parte dos profissionais de saúde, priorizando a doença e não o ser com a doença favorece um cuidado marcado pela centralidade dos sintomas. A gerontotecnologia desenvolvida, no entanto, propôs ações focadas no envelhecimento ativo e saudável, utilizando jogos associados à educação em saúde, rompendo com as bases tradicionais do pensar, do fazer, do saber e do cuidar.

Mas vale ter em consideração, no entanto, que superar a concepção da biomedicina na formação acadêmica e na prática dos enfermeiros não é tarefa simples nem imediata, ainda que conscientes e dispostos às mudanças necessárias ao pensar e fazer profissional no intento de alcançar a integralidade como princípio do direito à saúde. Isto implica na valorização e respeito à cultura do idoso no referente às suas crenças, saberes e práticas de viver e se cuidar e no direito de opção por estratégias e terapêuticas de saúde que correspondam a seus interesses, o que requer acesso às diferentes tecnologias em saúde.

Conhecer o idoso e ouvi-lo é essencial, pois cria oportunidades de observar a sua real condição na realização de ações de cuidar de si mesmo e analisar elementos do cuidado culturalmente determinados que poderão ser mantidos, reavaliados e negociados contemplando o contexto de vida do idoso, conforme defende Leninger (1991). Desta feita, no processo educativo os profissionais de saúde precisam considerar o idoso como ser histórico-social, capaz de construir seu próprio conhecimento. Devem transcender, portanto, a transmissão de informações, utilizando a estratégia do compartilhamento de experiências de aprendizagem delineadas com vistas a facilitar ações condizentes à saúde.

Esta estratégia envolve troca de experiências de vida, aspectos comportamentais, medidas terapêuticas e interacionais, apoiando o idoso na tomada de consciência de si mesmo, dos outros e da sociedade. Para tanto, se trabalha com várias ferramentas para que o idoso possa optar, entre muitos caminhos, aquele que for mais compatível com seus valores, sua visão de mundo e as circunstâncias adversas que cada um irá encontrar.

Considerando a importância da educação em saúde para o envelhecimento ativo e saudável associado às práticas lúdicas, dentre as quais, o jogo, como uma gerontotecnologia, esta tese subsidia a reflexão e o aprimoramento do ensino-aprendizagem na área gerontológica, por atuar sensivelmente na reestruturação da saúde.

Nas rodas de conversa no âmbito das quais se desenvolveu a proposta lúdico-educativa, os idosos expressaram suas experiências, práticas e saberes influenciados pela sua cultura e história com a incorporação de elementos do saber científico acerca do tema provocador da discussão. Dentre outras finalidades, os encontros com os participantes oportunizaram refletir sobre ações proativas que visam o prolongamento da capacidade funcional e qualidade de vida da pessoa idosa.

A implementação dos jogos, integrada às ações educativas do enfermeiro, favoreceu o despertar de postura crítica-reflexiva, com possibilidade de maior adesão da população idosa no processo do cuidado, repercutindo diretamente em suas práticas para o êxito deste fim. Além disso, colabora com a ampliação da produção científica e de tecnologias aplicadas ao campo do conhecimento da enfermagem gerontológica, embora se ressalte que os jogos recriados podem ser adaptados à realidade de outros grupos sociais, com temas específicos, desde que com o propósito educativo, de interação social e de compartilhamento de saberes e práticas, proporcionados pela ludicidade.

A produção do discurso parafrástico dos participantes evidenciou a importância da relativa independência e autonomia dos idosos nas suas atividades de vida diárias, bem como, a necessidade de prática de exercícios físicos, alimentação saudável, interação social e familiar, espiritualidade e lazer. Quando provocados acerca dos aspectos positivos da velhice os idosos referiram à importância de se manterem ativos, com estabilidade financeira, revelando receio face à possibilidade de perda de condições de gerenciamento de sua vida e a conseqüente dependência de familiares. Uma de suas preocupações principais é não se constituírem metaforicamente, em um peso familiar.

O envelhecimento pode tornar-se assustador, antecipadamente a qualquer fase da vida, devido à possibilidade de perda da manutenção da autonomia, dependência financeira e condição física, aspectos que podem restringir a realização de atividades que os tornem úteis e necessários tanto à família quanto à sociedade. Destarte, os participantes do estudo desenvolvem mecanismos de enfrentamento para lidar com o problema inserindo-se em atividades de grupo, adotando pensamentos positivos e formas de expressão de sua espiritualidade.

Políticas e iniciativas que visem dar apoio aos idosos e seus familiares se mostram necessárias, preparando-os para um envelhecimento ativo e saudável, desmistificando a velhice como fase de somente perdas e declínios, uma vez que deve ser assegurado ao idoso o direito de ser cuidado e de que possa realizar o cuidado de si, respeitando seu contexto sócio-histórico-cultural.

Esta perspectiva se alinha às políticas de saúde vigentes, em destaque, a Política Nacional de Promoção da Saúde no Brasil (2002), e a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (2006) ao propor o desafio de reorientar os serviços de saúde a superar a fragmentação do assistir somente a doença, adotando recursos e estratégias que visem à atenção integral às pessoas em suas necessidades e demandas, em uma relação dialógica

do cuidar-ser cuidado, do ensinar-aprender. Recomenda, isso posto, que os serviços participem ativamente da resolutividade dos problemas de saúde levantados em conjunto com as comunidades.

Esta atitude de estímulo à participação das comunidades leva em consideração que a saúde é construída pelas pessoas e vivida no seu cotidiano, daquilo que fazem para si e para os outros, tomando para si a responsabilidade pelas decisões e controle de sua vida e saúde. Para o êxito das políticas vigentes neste campo, dentre outras ações de igual importância na promoção da saúde deve-se pensar em construção de ambientes favoráveis, a exemplo da proposta implementada nesta tese.

Para tanto, fez-se necessário exercitar a escuta sensível ao idoso, ser uma facilitadora diante às dificuldades de comunicação, seja por diferenças do universo vocabular entre ambos, profissional e participante, seja por características de comportamento ou mesmo por diferenças culturais. Neste intento, o emprego de práticas lúdicas, com o uso da criatividade e sensibilidade na discussão com os participantes, e, particularmente do jogo, na condução do processo educativo, implicaram positivamente nos resultados dele advindos. Isto porque, quando o profissional adota posicionamento verticalizado de cuidar, característico da biomedicina e de uma educação linear, tal postura pode dificultar a socialização e compartilhamento de saberes e práticas, populares e científicos, restringindo ou impedindo a participação ativa do idoso na discussão de aspectos inerentes ao cuidado de si na promoção e manutenção do envelhecimento ativo e saudável.

A pesquisa convergente assistencial, como método interventivo aplicado neste estudo, se ancora na crença de que o contexto da prática assistencial suscita mudanças e/ou inovações que podem ser concretizadas a partir da descoberta de alternativas para minimizar ou solucionar problemas cotidianos em saúde e renovação de práticas de

superação durante o trajeto de pesquisa, o qual incorpora ações de pesquisa e assistência. Seu principal elemento norteador é a relação do pensar-fazer em enfermagem.

Na PCA, o essencial é a convergência, ou seja, pontos de justaposição dos processos da prática assistencial e da investigação científica em contínua ação dialógica. Na presente tese os conceitos regidos por essa convergência estão marcados no decorrer de todo o processo de construção do estudo, que assumiu o estabelecimento do nexo pensar e fazer, possibilitando a um só tempo obter informações sobre as experiências dos participantes do estudo sobre o tema investigado e conduzir a prática assistencial pelas ações de socialização do conhecimento e orientação dialogada, utilizando a pedagogia da problematização.

No decorrer da implementação da proposta, minha inserção como docente no cenário do estudo com o apoio da coordenadora, facilitadores, docentes e voluntários da UnATI que expressaram interesse em dar prosseguimento à estratégia implementada, bem como a minha permanência como facilitadora, garantiram que o princípio de **conectividade** da PCA fosse contemplado. Realizando assistência educacional, vivenciando a realidade e as necessidades onde a produção de dados ocorreria, pude interagir diante às situações e nelas agir, apreendendo da prática o fenômeno a ser investigado.

Nesse sentido, a proposta de estudo promoveu algumas mudanças na prática assistencial, em função do envolvimento da equipe e do compromisso ético da pesquisadora com o cenário e os participantes do estudo, e contribuiu na assistência pela intervenção da pesquisadora. De igual modo, gerou dados para o estudo de importância para a continuidade da assistência no mencionado cenário, garantindo os demais princípios da PCA, a **imersibilidade, a interfacialidade e a essencialidade**.

A **dialogicidade**, enquanto processo de comunicação entre a prática e a pesquisa, se iniciou face ao impacto positivo do estudo piloto para o CAPI-UFES. A partir dele, o médico responsável, avaliando os resultados da pesquisa expressos no contentamento do grupo de idosos e o pedido por parte dos mesmos para a continuidade da estratégia de cuidado realizada, solicitou a implementação de atividades educativas. A mesma vem ocorrendo mensalmente com a participação de toda a equipe. Por meio desses resultados a equipe da UnATI considerou importante a demanda de ações preventivas de saúde utilizando-se estratégias lúdicas para a educação em saúde como o tema de discussão no módulo “Saúde e Qualidade de Vida”.

A **expansibilidade**, outro conceito da PCA que significa a ampliação do processo dialógico entre a prática e a assistência, ou seja, a continuidade do propósito inicial do pesquisar com base nos temas emergentes e de interesses considerados no desenvolvimento do processo assistencial-investigativo, foi proporcionada no encerramento do ano letivo 2014/02 da UnATI, quando os participantes do módulo ‘Saúde e Qualidade de Vida’ apresentaram os jogos e discorreram sobre a experiência com esta estratégia lúdica a todos os outros idosos participantes da UnATI.

Esta atividade despertou interesse nos demais, motivando o pedido de continuação da estratégia no ano seguinte. Em 2015/01, considerando que há 4 anos realizei a atividade de dança Flamenca, vislumbrei a possibilidade de inserção desta dança como outra estratégia lúdica para estimulação cognitiva e motora, elevação da autoestima e encorajamento da possibilidade de aprender algo novo, haja vista as sugestões e relatos observados por mim no discurso dos participantes durante a produção de dados. Esta estratégia concomitante às demais, atingiu efeito positivo, com adesão total dos idosos do módulo em questão, inclusive os que se apresentaram mais

resistentes a dançar, especialmente os do sexo masculino, e também as mulheres que inicialmente adotaram comportamento tímido e desencorajado.

Outra característica fundamental da PCA é a **simultaneidade**, em que as ações investigativas e de assistência apresentam pontos de entrecruzamento, com ausência de dominância de uma sobre a outra (TRENTINE; PAIM; SILVA, 2014). A pesquisa e a assistência com o desenvolvimento da estratégia proposta ocorreram no mesmo espaço, mantendo as características específicas de cada uma, ao mesmo tempo em que se promoveu a articulação entre elas.

O processo dinâmico de cuidado ao idoso através da implementação de uma gerontotecnologia no âmbito da estratégia de educação em saúde, sucedeu-se por etapas caracterizadas por transformações e inovações do cuidado, conforme figura a seguir.

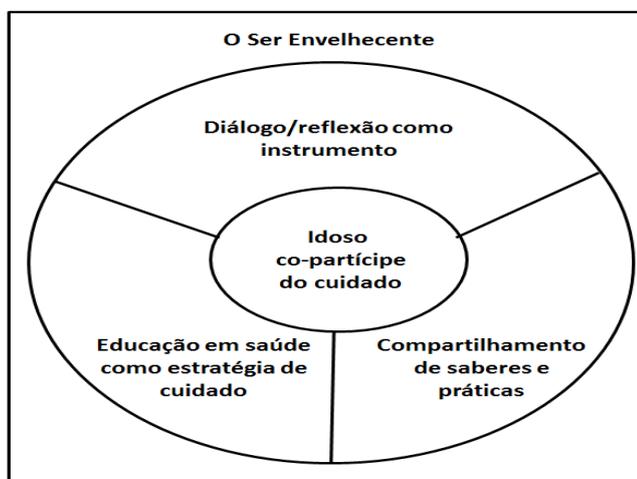


Figura N^o 17: Representação do processo dinâmico do cuidado ao idoso por meio de uma gerontotecnologia educacional centrado no ser envelhecete.

Os resultados da tese confirmaram que a gerontotecnologia implementada é capaz de mobilizar ou reforçar nos idosos o sentido de valorização da vida e do envelhecimento, estimulando o interesse por novas interações e realização de projetos futuros, tornando-os protagonistas de suas escolhas, como ser integral.

Face aos resultados, confirmou-se a Tese de que os jogos se caracterizam como uma gerontotecnologia aplicada ao cuidado de enfermagem, facilitadora do processo educativo grupal na discussão com os idosos sobre o envelhecimento ativo e saudável, agindo como elemento agregador lúdico no exercício da autodeterminação e independência do idoso, potencializador da memória e da autoestima, dos processos de socialização, trocas de experiências e aprendizagem compartilhada.

Visando contribuir para a produção do conhecimento da Enfermagem Gerontológica, a gerontotecnologia criada e implementada nesta Tese foi encaminhada ao Instituto de Inovação Tecnológica da Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação (INIT/PRPPG) da UFES para solicitação de patente de invenção (ANEXO E), haja vista que este é o órgão responsável pela gestão da propriedade intelectual gerada na universidade visando proteger pesquisas e invenções do pesquisador.

REFERÊNCIAS

ÁCIO, A. C. E.; BALBINO, A. C.; ALVES, M. D. S.; CARVALHO, L. V.; SANTOS, M. C. L.; OLIVEIRA, N. R. Análise do conceito de tecnologia educacional em enfermagem aplicada ao paciente. **Rev Rene**, 2014, jan/fev; 15 (1):158-65.

AGUIAR, A. P.; MACRI, R. Promovendo a qualidade de vida de idosos através da arteterapia. **R. pesq.: cuid. fundam.** [online], 2010; 2:710-713,. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1102/pdf_264.

Acessado em: 12 de agosto 2014.

ALENCAR, M. A.; BRUCK, N. N. S.; PEREIRA, B. C.; CÂMARA, T.M.M.; ALMEIDA, R.S. Perfil dos idosos residentes em uma instituição de longa permanência. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, 2012; 15(4):785-796.

ALMEIDA, T. **Caixa de ferramentas em mediação**: aportes práticos e teóricos. 1ed. São Paulo: DASH Mediação, 2015.

ALVIM, N.A.T; FERREIRA, M.A. Perspectiva problematizadora da educação popular em saúde e a enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2007, Abr-Jun; 16(2): 315-9.

ANTUNES, C. **Jogos para a estimulação das múltiplas inteligências**. 2 ed. Petrópolis: Vozes; 1999.

ASSIS, M. Envelhecimento ativo e promoção da saúde: reflexão para as ações educativas com idosos. **Revista APS**, 2005, jan./jun; 8 (1):15-24.

ARMÉNIO, S; SILVA, M. N. O bem estar da pessoa idosa em meio rural. **Análise Psicológica**, 2012; 20(3): 505-516.

BARROS, E. J. L.; SANTOS, S. S. C.; GOMES, G. C.; ERDMANN, A. L. Gerontotecnologia educativa voltada ao idoso estomizado à luz da complexidade. **Rev Gaúcha Enferm.**, 2012, jun; 33(2):95-101.

BARTHOLO, M. F. O lazer numa perspectiva lúdica e criativa. **Cinergis**, Santa Cruz do Sul. 2001, jan/jun; 2:89-99.

BERGOLD, L. B.; ALVIM, N. A. T. Visita musical como uma tecnologia leve de cuidado. **Texto contexto - enferm.**, 2009; 18 (3):532-541. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v18n3/a17v18n3.pdf>. Acessado em: 12 de agosto de 2014.

BERTOLUCCI, P. H. F.; BRUCKI, S. M. D.; CAMPACCI, S. R.; JULIANO, Y. O mini-exame do estado mental em uma população geral: impacto da escolaridade. **Arquivos de Neuropsiquiatria**, 1994; 52(1):1-7.

BEUTER, M.; ALVIM, N. A. T. Expressões lúdicas no cuidado hospitalar sob a ótica de enfermeiras. **Esc Anna Nery RevEnferm.** 2010, jul-set;14(3):567-574.

BOEHS, A. E.; MONTICELLI, M.; WOSNY, A. M.; HEIDEMANN, I. B. S.; GRISOTTI, M. A interface necessária entre enfermagem, educação em saúde e o conceito de cultura. **Texto Contexto Enferm**, 2007, abr/jun; 16(2):307-14.

BRASIL. **A Lei nº. 8.842, de 4 de janeiro de 1994**. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso (PNI), cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Disponível em:<<http://www.mds.gov.br.html>>. Acesso em 02 de agosto de 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

_____. Ministério da Saúde. **Estatuto do Idoso** / Ministério da Saúde. –1. ed. 2ª reimpr. –Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Diretrizes para o cuidado das pessoas idosas no SUS: proposta de modelo de atenção integral**. XXX Congresso Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. Brasília, 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual de envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Caderno de atenção 19. Brasília, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. 3. ed. Brasília : Ministério da Saúde, 2010.

_____. Ministério da Saúde. **VIGITEL BRASIL 2009** – Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças Crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.

_____. **Política Nacional de Saúde do Idoso**. Portaria nº 1.395/GM em 10 de dezembro de 1999.

_____. **Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa**. Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006.

_____. **Política Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD)**, 2011.

BRUNET, A. E.; ANDRADES, B.; SOUZA, C. S.; WEBER, J. L. A.; MARTINATO, L.; LORETO, T.; PIZZINATO, A. Práticas sociais e significados do envelhecimento para mulheres idosas. **Pensando Famílias**, 2013; 17(1): 99-109.

BOEHS, A. E.; MONTICELLI, M.; WOSNY, A. M.; HEIDEMANN, I. B. S.; GRISOTTI, M. A interface necessária entre enfermagem, educação em saúde e o conceito de cultura. **Texto Contexto Enferm**, 2007, abr/jun; 16(2): 307-14.

BORIM, F. S. A.; BARROS, M. B. A.; NERI, A, L. Autoavaliação da saúde em idosos: pesquisa de base populacional no município de campinas, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2012, abr; 28(4):769-780.

BUB, M. B.C.; MEDRANO, C; SILVA, C. D.; WINK, S; LISS, P. E.; SANTOS, E. K. A. A noção de cuidado de si mesmo e o conceito de autocuidado na enfermagem. **Texto Contexto Enferm.** 2006; 15:152-7.

BUSTAMANTE, S. E. Z.; BOTTINO, C. M. C.; LOPES, M. A.; AZEVEDO, D.; HOTOTIAN, S. R.; LITVOC, J.; JACOB FILHO, W. Instrumentos combinados na avaliação de demência em idosos: resultados preliminares. **Arquivos de Neuropsiquiatria**, 2003; 61(3-A): 601-606.

CACCAVO, P. V.; CARVALHO, V. Acerca de alguns dos aspectos lúdicos na arte de ensinar e na arte de cuidar na enfermagem. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, 2003, agosto; 7(2): 247-254.

CAMPOS, C. N. A.; MOURA, M. R.; AQUINO, J. M.; MONTEIRO, E. M. L. M.Reinventando práticas de enfermagem na educação em saúde: teatro com idosos. **Esc. Anna Nery** [online], 2012; 16(3): 588-596. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v16n3/23.pdf>. Acessado em: 12 de agosto de 2014.

CARVALHO, N.C. **Dinâmica para idosos**. 6 ed. Petrópoles, RJ: Vozes, 2013.

CARVALHO, V. Cuidando, pesquisando e ensinando: acerca de significados e implicações a prática da enfermagem. **Rev Latino-Am Enfermagem**, 2004, set/out.; 12(5): 806-15.

CAVALCANTE, F. A. C.; SAAR, G. Q.; RAMOS, L. S.; LIMA, A. A. M. O uso do lúdico em hemodiálise: buscando novas perspectivas na qualidade de atendimento ao paciente no centro de diálise. **Revista Eletrônica da Facimed**, 2011, 3(3): 371–384,. Disponível em:

<http://www.facimed.edu.br/site/revista/pdfs/7fbce1022888ed00b20b880492ae5ca0.pdf>.

Acessado em: 112 de agosto de 2014.

CELICH, K.L.S., BORDIN, A. Educar para o autocuidado na terceira idade: uma proposta lúdica. **RBCEH**, 2008; 5(1):119-29. Disponível em: <http://www.upf.br/seer/index.php/rbceh/article/view/102/186>. Acessado em: 12 de agosto de 2014.

COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE - CNDSS. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008.

CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS. CIPE Versão1 - **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem Versão 1.0**. São Paulo: Algor Editora, 2007.

COSCRATO, G.; PINA, J. C.; MELLO, D. F. Utilização de atividades lúdicas na educação em saúde: uma revisão integrativa da literatura. **Acta Paul Enferm**, 2010; 23(2): 257-63.

CREUTZBERG, M.; THOBER, E.; VIEGAS, K. Nível de dependência de idosos e cuidados no âmbito domiciliar. **Rev. Bras. Enf.**, 2005, jul./ago; 58(4): 438-43.

CUPERTINO, A. P. F. B.; ROSA, F. H. M.; RIBEIRO, P. C. C. Definição de Envelhecimento Saudável na Perspectiva de Indivíduos Idosos. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, 2007; 20 (1): 81-86.

CYRINO, E.G; TORALLES-PEREIRA, M.L. Estratégias de ensino-aprendizado por descoberta na área da saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20(3):780-788, mai-jun, 2004.

DIAS, M. S. L; MORENO, R. Estimulação cognitiva por meio de atividades físicas em idosas: examinando uma proposta de intervenção. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, 2012;15(2):325-34.

DIOGO, M.J.D'E. O papel da enfermeira na reabilitação do idoso. **Rev.latino-am.enfermagem.**, 2000, jan; 8(1):75-81.

DOCHETERMAN, J. M.; BULECHEK, G. M. **Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC)**. 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

ELIOPOULOS, C. **Enfermagem gerontológica**. 7 ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

FECHINE, B. R. A.; TROMPIERI, N. O processo de envelhecimento: as principais alterações que acontecem com o idoso com o passar dos anos. **Rev. Cient. Internacional**, 2012, jan/mar; 20(1): 106-32.

FERREIRA, A.F.; VASCONCELOS, A.K.C.; GOMES, C.V.B.; ROCHA, M.G. O lúdico nos adultos: um estudo exploratório nos freqüentadores do CEPE - Natal/RN. **Holos**, 2004, out; 20.

FIGUEIREDO, N.M.A.; TONINI, T. **Gerontologia**: atuação da enfermagem no processo do envelhecimento. São Caetano do Sul, SP: Yendis Editora, 2006.

FLICK, U. **Introdução à pesquisa qualitativa**. 3.ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FONSECA, F.B.; RIZZOTTO, M.L.F. Construção de instrumento para avaliação sócio-funcional em idosos. **Texto ContextoEnferm**, 2008, abr./jun; 17(2):365-73.

FORTUNA, T. R. **Formando professores na Universidade para brincar**. In: SANTOS, S.M.P. (orgs). A ludicidade como ciência. Petrópolis: Vozes, 2001.

FORTUNA, T. R. O Lugar do Brincar na Educação Infantil. **Rev. Pátio Educação Infantil**, ano IX, n.27, abr/jun 2011.

FOUCAULT, M. **Hermenêutica do sujeito**. 3 ed. São Paulo: Martins Fontes; 2010.

FREIRE, P. **Ação cultural para a liberdade e outros escritos**. 14 ed. rev. e atual. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2011.

_____. **Educação como prática da liberdade**. 15 ed. rev. e atual. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2013a.

_____. **Educação e mudança**. 31 ed. rev. e atual. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2008.

_____. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 46 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2013b.

_____. **Pedagogia do oprimido**. 54 ed. rev. e atual. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2013c.

FREITAS, M.C.; OLIVEIRA, M.F. Assistência de enfermagem a idosos que realizam cateterismo cardíaco: uma proposta a partir do Modelo de Adaptação de Calista Roy. **Rev Bras Enferm**, 2006, set-out; 59(5): 642-6.

FREITAS, E.V.; PY, L; CANÇADO, F.A.X; DOLL, J; GORZONI, M. L. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 3º ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.

GASKELL, G. Entrevistas individuais e grupais. In: BAUER, M.W.; GASKELL, G. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. 7. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008. p.64-89.

GAZZINELLI, M. F.; GAZZINELLI, A.; REIS, D. C.; PENNA, C. M. M. Educação em saúde: conhecimentos, representações sociais e experiências da doença. **Cad Saúde Pública**, 2005, 21(1): 200-6.

GIL, A C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4 ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GOLDMAN, S.N. **As dimensões sociopolíticas do envelhecimento**. In: PY, L. et al. Tempo de envelhecer: percursos e dimensões psicossociais. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2004. cap.3, p.61-81.

GOLDMAN, S.N. **Velhice e direitos sociais**. In: GOLDMAN, S.N.; PAZ, S.F. et al (orgs.). Envelhecer com cidadania: quem sabe um dia? RJ: CBCISS; ANG/ RJ, 2000.

HAMMERSCHMIDT, K. S. A. **Gerontotecnologias para o ensino educativo direcionadas ao idoso: cuidado de enfermagem complexo**. 2011. 171 f. Tese (Doutorado) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande. Rio Grande. 2011.

IBGE. **Censo demográfico 2010**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br.html>>. Acesso em 02 de agosto de 2011.

_____. **Primeiros resultados definitivos do Censo 2010:** população do Brasil é de 190.755.799 pessoas. Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default.shtm>. Acesso em: 05 de março de 2015.

_____. **Perfil dos Idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil -2000.** Rio de Janeiro, 2002.

_____. **Síntese de indicadores sociais: Uma análise das condições de vida da população brasileira.** Rio de Janeiro, 2010.

IZQUIERDO, I. **Memória.** Porto Alegre: Ed. Artmed, 2011.

KATZ, S.; DOWNS, T. D.; CASH, H. R.; GROTZ, R. C. **Progress in the development of the index of ADL.** In: FREITAS, E. V.; PY, L.; CANÇADO, F. A. X.; GORZONI, M. L. (Ed.). **Tratado de geriatria e gerontologia.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p. 1534.

LEININGER, M. M. **Culture care diversity and universality: a theory of nursing.** New York: National League of Nursing, 1991.

_____. **Cultural care: an essential goal for nursing and health care.** **American association of nephrology nurses and technicians**, 1983; 10(5):11-17.

_____. **Culture care diversity and universality and evolution of the ethnonursing method.** In: Culture care diversity and universality: a worldwide nursing theory. 2 ed. Canada: Jones and Bartlett, 2006.

LEININGER, M. M.; MCFARLAND, M. R. **Culture care diversity and universality:** a worldwide nursing theory. 2 ed. Canada: Jones and Bartlett, 2006.

LAWTON, M. P.; BRODY, E. M. Assesment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living In: FREITAS, E. V.; PY, L.; CANÇADO, F. A. X.; GORZONI, M. L. (Ed.). **Tratado de geriatria e gerontologia.** 3 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013. p. 974.

LEITE, S. N.; VASCONCELLOS, M. P. C. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados pela literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 2003; 8(3): 775-782.

LEONARDT, M.H.; HAMMERSCHMIDT, K.S.A.; BORGHI, A.C.S.; VACCARI, E.; SEIMA, M.D. O idoso portador de nefropatia diabética e o cuidado de si. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2008, abr./jun; 17(2): 313-20.

LEONARDT, M.H.; MICHALTUCH, D.O.; KUZNIER, T.P.; SANTOS, V.L. O cuidado de si do idoso como instrumento de trabalho no processo de cuidar. **CogitareEnferm.** 2005, jan./abr; 10(1):16-25.

LIMA-COSTA, M.F.F; et al. Desigualdade social e saúde entre idosos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2003, mai/jun; 19 (3):745-757.

LOPES, A. A. F. Cuidado e Empoderamento: a construção do sujeito responsável por sua saúde na experiência do diabetes. **Saúde Soc.** São Paulo, v.24, n.2, p.486-500, 2015.

LOPES, L. M. B. F; TARALLI, C. H. Jogos de Mesa para Idosos – análise e considerações sobre o dominó. In: 9º CONGRESSO BRASILEIRO DE PESQUISA E DESENVOLVIMENTO EM DESIGN. 2010, São Paulo. **Anais P&D Design**. São Paulo: Blücher e Universidade Anhembi Morumbi, 2010, p. 3439-52.

MARCONI, M. A; LAKATOS, E. M. **Técnicas de Pesquisa**. 7 ed. São Paulo: Atlas, 2008.

MARIN, M. J. S; ALCALDE, P. C. C. A; OTANI, Z. P; MAZZINI, L. C; BATISTA, A. P. Estimulando o autocuidado em grupo da terceira idade através de jogo educativo tipo bingo. **Enferm Atual**, 2003, maio/jun; 3(15): 15-18.

MARTINS, P.A.F.; ALVIM, N.A.T. Plano de Cuidados Compartilhado: convergência da Proposta educativa Problematizadora com a teoria do Cuidado Cultural de enfermagem. **RevBrasEnferm**, 2012, mar-abr;65(2):368-73.

MELO, N. C. V.; FERREIRA, M. A. M.; TEIXEIRA, K. M. D. Condições de vida dos idosos no Brasil: uma análise a partir da renda e nível de escolaridade. **Oikos: Revista Brasileira de Economia Doméstica**, Viçosa, 2014, 25(1):004-019.

MENDES, L.R.; BROCA, P.V.; FERREIRA, M. A. A leitura mediada como estratégia de cuidado lúdico: contribuição ao campo da enfermagem fundamental. **Esc Anna Nery RevEnferm**, 2009, jul-set; 13 (3):530-36.

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

MORAES, E. N. **Atenção à saúde do idoso**: aspectos conceituais. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), 2012.

NAJAS, M.; MAEDA, A. P.; NEBULONI, C.C. **Nutrição em gerontologia**. In:PY, L; FREITAS, E. V.; CANÇADO, F. A. X.; DOLL, J.; GORZONIM. L. Tratado de geriatria e gerontologia. 3 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.

NAJAS, M.; YAMATTO, T. H. **Avaliação do Estado Nutricional de Idosos. Nutrição na Maturidade**. 2008. Disponível em:<http://www.nestle-nutricaoodomiciliar.com.br/>. Acesso em: 07 de julho de 2015.

NETO, J.C.M; BARBOSA, R.G.R. **O diálogo como fundamento da educação intercultural: contribuições de Paulo Freire e Martim Buber**. V Colóquio Internacional Paulo Freire – Recife, 19 a 20 de setembro de 2005.

NIETSCHÉ, E. A.; BACKES, V. M. S.; COLOMÉ, C. L. M.; CERATTI, R. N.; FERRAZ, F. Tecnologias educacionais, assistenciais e gerenciais: uma reflexão a partir da concepção dos docentes de enfermagem. **Rev Latino-am Enfermagem**, 2005, maio/junho; 13(3):344-53.

NOGUEIRA, A. L. G.; MUNARI, D. B.; SANTOS, L. F.; OLIVEIRA, L. M. A. C.; FORTUNA, C. M. Fatores terapêuticos identificados em um grupo de Promoção da Saúde de Idosos. **Rev Esc Enferm USP**, 2013; 47(6):1352-8

NUTRITION SCREENING INITIATIVE. **Nutrition interventions manual for professionals caring for older Americans**. Washington, DC: NutritionScreening Initiative, 1992.

ODEBRECHT, C.; GONÇALVES, L. O.; SELL, I. **Da gerontologia a gerontecnologia**. 2007. Disponível em: www.portaldoenvelhecimento.org.br/acervo/artieop/Geral/artigo140.htm. Acessado em 15 de setembro de 2015.

OLIVEIRA, C. S.; COSTA, S.R.R.; SANTOS, I.C L.; LEMOS, C.E.S. Oficina de educação, memória, esquecimento e jogos lúdicos para a Terceira Idade. **Rev. Ciênc. Ext.** 2012; 8(1):8-17.

OLIVEIRA, R.C.S. O processo histórico do estatuto do idoso e a inserção pedagógica na universidade aberta. **Revista HISTEDBR Online**, Campinas, 2007, dez; 28 (1):278-286.

OLIVEIRA, R.C; OLIVEIRA, F.S; SCORTEGAGNA, P.A. **Pedagogia Social: possibilidade de empoderamento para o idoso**. In: **III Congresso Internacional de Pedagogia Social**, 2010, São Paulo. Disponível em: <http://www.proceedings.scielo.br/scielo>. Acessado em 21 de setembro de 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Envelhecimento Ativo: uma política de saúde**. Brasília: OPAS, 2005.

_____. **Carta de Ottawa para la promoción de la salud**. I Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud. 1986. Disponível em: <http://www1.paho.org/spanish/hpp/>>. Acessado em 12 agosto de 2014.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS NO BRASIL (ONUBR). **A Organização das Nações Unidas e as pessoas idosas**. Disponível em: <http://www.onu.org.br/a-onu-em-acao/a-onu-em-acao/a-onu-e-as-pessoas-idosas/>. Acessado em 12 de agosto de 2014.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Plano de Ação Internacional de Viena sobre o Envelhecimento**, 1982. Disponível em: http://www.un.org/ageing/vienna_intlplanofaction.html. Acessado em 12 de agosto de 2014.

_____. **Princípio das Nações Unidas em Favor das Pessoas Idosas**. Resolução 46/91 da Assembleia Geral das Nações Unidas de 16 de dezembro de 1991. Disponível em: http://direitoshumanos.gddc.pt/3_15/IIIPAG3_15_1.htm. Acessado em 12 de agosto de 2014.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Guia clínico para atención primaria a las personas mayores**. 3ed. Washington, 2003.

ORLANDI, E. P. **Análise de Discurso**: princípios e procedimentos. 11 ed. Campinas, SP: Pontes, 2013.

ORLANDO, R; PINHEIRO, T. L. F; VOLKWEIS, D. S. H.; COLUSSI, E. L. Avaliação da alimentação e sua relação com as doenças crônicas não transmissíveis de um grupo de idosos de um município da região norte do estado do RS. **Rev. de Enfermagem**, 2013; 6(7): 203 – 217.

PAPALEO NETTO, M. **O estudo da velhice no século XX: histórico, definição do campo e termos básicos**. In: FREITAS, E.V. et al. Tratado de geriatria e gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p.2-12.

PAPALEO NETTO, M. **O estudo da velhice no século XX: histórico, definição do campo e termos básicos**. In: FREITAS, E.V. et al. Tratado de geriatria e gerontologia. 3 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013. p.3-13.

RAMOS, L. R. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 2003, mai-jun; 19(3):793-798.

RODRIGUES, F.F.L.; SANTOS, M.A.; TEIXEIRA, C.R.S.; GONELA, J.T.; ZANETTI, M.L. Relação entre conhecimento, atitude, escolaridade e tempo de doença em indivíduos com diabetes mellitus. **Acta Paul Enferm**. 2012;25(2):284-90.

SÁ, S. P. C.; FERREIRA, M. A. Cuidados fundamentais na arte de cuidar do idoso: uma questão para a enfermagem. **Esc Anna Nery RevEnferm**.2004, abril; 8(1):46-52.

SAAD, P. M. Transferência de apoio entre o idoso e a família no Nordeste e no Sudeste do Brasil. **Revista Brasileira de Estudos de População**, 2014; 14(1/2): 159-167.

SALIN, M. S.; MAZO, G. Z.; CARDOSO, A. S.; GARCIA, G. S. Atividade Física para idosos: diretrizes para implantação de programas e ações. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, 2011; 14(2):197-208.

SANTOS AA; PAVARINI SCL. Funcionalidade de idosos com alterações cognitivas em diferentes contextos de vulnerabilidade social. **Acta Paul. Enferm.**, 2011; 24 (4):520-6.

SANTOS, IB;GOMES, L; MATOS, N. M; VALE, M.S.; SANTOS, F.B.; CARDENAS, C. J.; ALVES, V. P. Oficinas de estimulação cognitiva adaptadas para idosos analfabetos com transtorno cognitivo leve. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, 2012,nov-dez; 65 (6): 962-8.

SANTOS, S. A. L.; TAVARES, D. M. S.; BARBOSA, M. H. Fatores socioeconômicos, incapacidade funcional e número de doenças entre idosos. **Rev. Eletr. Enf.** 2010 out/dez;12(4):692-7.

SANTOS, S. M. P. dos (Org). **O lúdico na formação do educador**. 7 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.

SANTOS, S.S.C.; GAUTÉRIO, D.P.; VIDAL, D.A.S.; ROSA, B.M.; ZORTEA, B.; URQUIA, B.S. (In)Dependência na realização de atividades básicas de vida diária em pessoas idosas domiciliadas. **Rev Rene**, 2013; 14(3):579-87.

SILVA, A.L.S.; KARINO, M.E.; MATTOS, E.D.; CAMPOS, E.C.; SPAGNUOLO, R.S. Perfil Epidemiológico dos Idosos de Uma Unidade Saúde da Família. **UNOPAR Cient. Ciênc. Biol. Saúde**. 2009;11(2):27-33.

SILVA, R. Fundamentos teóricos e metodológicos da pedagogia social no Brasil. Congresso Internacional de Pedagogia Social, 2006, São Paulo, **Anais do 1º Congresso Internacional de Pedagogia Social**, USP, 2006.

SILVA, D. C; ALVIM, N. A. T.; FIGUEIREDO, P. A. Tecnologias leves em saúde e sua relação com o cuidado de enfermagem hospitalar. **Esc Anna Nery RevEnferm.** 2008,jun; 12 (2): 291 - 8. [periódico na internet]. 2008 jun [acesso em 28 jul 2014]; 12(2):201-298. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v12n2/v12n2a14.pdf>. Acessado em: 09 de maio de 2014.

TEIXEIRA, E. Tecnologias em Enfermagem: produções e tendências para a educação em saúde com a comunidade. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, 2010, dez; 12 (4): 598-600. Disponível em: <<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/12470/8458>>. Acesso em: 28 de abril de 2015.

TEIXEIRA, M. L.O; FERREIRA, M. A. Cuidado compartilhado: uma perspectiva de cuidar do Idoso fundamentada na educação em saúde. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2009 out/dez; 18(4): 750-8.

TRENTINI, M.; PAIM, L. **Pesquisa Convergente Assistencial**: um desenho que une o fazer e o pensar na prática assistencial em Saúde-Enfermagem. 2 ed. Florianópolis: Insular, 2004.

TRENTINI, M.; PAIM, L; SILVA, D. M. G. V. **Pesquisa Convergente Assistencial**: delineamento provocador de mudanças nas práticas de saúde. 3ed. Porto Alegre: Moriá, 2014.

VALENTE, M. **Sarcopenia**. In: FREITAS, E.V. et al. Tratado de geriatria e gerontologia. 3 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013. p.1019-30.

VERAS, R. P. **Terceira Idade**: gestão contemporânea em saúde. Rio de Janeiro: Relumé-Dumará: UnATI/UERJ,2002.

VERAS, R. Envelhecimento populacional e as informações de saúde do PNAD: demandas e desafios contemporâneos. **Cad Saúde Publica**. 2007; 23:2463-66.

ANEXO A

MINI EXAME DO ESTADO MENTAL (MEEM)

ATIVIDADE			AVALIAÇÃO	
			SIM	NÃO
1. Orientação temporal (0 – 5 pontos)	Em que dia estamos?	Ano	1	0
		Mês	1	0
		Dia do mês	1	0
		Dia da semana	1	0
		Hora aproximada	1	0
2. Orientação espacial (0 – 5 pontos)	Onde estamos?	Estado	1	0
		Cidade	1	0
		Bairro	1	0
		Local onde está	1	0
		Andar ou local específico	1	0
3. Repita as palavras (0 – 3 pontos)	Peça ao idoso para repetir as palavras depois de dizê-las. Repita todos os objetos até que o entrevistado aprenda (máximo 5 repetições)	Carro	1	0
		Vaso	1	0
		Bola	1	0
4. Cálculo (0 – 5 pontos)	O(a) Sr(a) faz cálculos?	Sim (vá para 4a) Não (vá para 4b)		
4a.	Se de 100 fossem tirados 7, quanto restaria? E se tirarmos mais 7? (total 5 subtrações)	93	1	0
		86	1	0
		79	1	0
		72	1	0
		65	1	0
4b.	Soletre a palavra MUNDO de trás para frente	O	1	0
		D	1	0
		N	1	0
		U	1	0
		M	1	0
5. Memorização	Repita as palavras que disse há pouco	Carro	1	0
		Vaso	1	0
		Bola	1	0
6. Linguagem (0 – 3 pontos)	Mostre um relógio e uma caneta e peça ao idoso nomeá-los	Relógio	1	0
		Caneta	1	0
		Desenhou relógio	1	0
7. Linguagem (1 ponto)	Repita a frase	NEM AQUI, NEM ALI, NEM LÁ	1	0
8. Linguagem (0 – 2 pontos)	Siga uma ordem de três estágios:	Pegue o papel com a mão direita.	1	0
		Dobre-o ao meio. Ponha-o ao chão.	1	0
			1	0
9. Linguagem (1 ponto)	Escreva em um papel: “feche os olhos”. Peça ao idoso para que leia a ordem e a execute.	FECHE OS OLHOS	1	0
10. Linguagem (1 ponto)	Peça ao idoso para escrever uma frase completa.		1	0
11. Linguagem (1 ponto)	Copie o desenho		1	0
TOTAL		PONTOS: _____/30		
Notas de corte sugeridas: Analfabetos =19 1 a 3 anos de escolaridade = 23 4 a 7 anos de escolaridade = 24 > 7 anos de escolaridade = 28				

MEEM. Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

ANEXO B

AVALIAÇÃO DAS ATIVIDADES BÁSICAS DE VIDA DIÁRIA

ATIVIDADES Pontos (1 ou 0)	INDEPENDÊNCIA (1 ponto) SEM supervisão, orientação ou assistência pessoal	DEPENDÊNCIA (0 pontos) COM supervisão, orientação ou assistência pessoal ou cuidado integral	
Banhar-se Pontos: _____	Banha-se completamente ou necessita de auxílio somente para lavar uma parte do corpo como as costas, genitais ou uma extremidade incapacitada.	Necessita de ajuda para banhar-se em mais de uma parte do corpo, entrar e sair do chuveiro ou banheira ou requer assistência total no banho.	
Vestir-se Pontos: _____	Pega as roupas no armário e veste as roupas íntimas, externas e cintos. Pode receber ajuda para amarrar os sapatos.	Necessita de ajuda para vestir-se ou necessita ser completamente vestido.	
Ir ao banheiro Pontos: _____	Dirigi-se ao banheiro, entra e sai do mesmo, arruma suas próprias roupas, limpa a área genital sem ajuda.	Necessita de ajuda para ir ao banheiro, limpar-se ou usa urinol ou comadre.	
Transferência Pontos: _____	Senta-se/deita-se e levanta-se da cama ou cadeira sem ajuda. Equipamentos mecânicos de ajuda são aceitáveis.	Necessita de ajuda para sentar-se, deitar-se e levantar-se da cama ou cadeira.	
Continência Pontos: _____	Tem completo controle sobre suas eliminações (urinar e evacuar).	É parcial ou totalmente incontinente do intestino ou bexiga.	
Alimentação Pontos: _____	Leva a comida do prato à boca sem ajuda. Preparação da comida pode ser feita por outra pessoa.	Necessita de ajuda parcial ou total com a alimentação ou requer alimentação parenteral.	
Total de pontos: _____	6 = Independente	3 a 5 = dependência moderada	2 ou menos = muito dependente

Katz Index of Independence in Activities of Daily Living. Fonte: The Hartford Institute for Geriatric Nursing, 1998.

ANEXO C

AVALIAÇÃO DAS ATIVIDADES INSTRUMENTAIS DA VIDA DIÁRIA

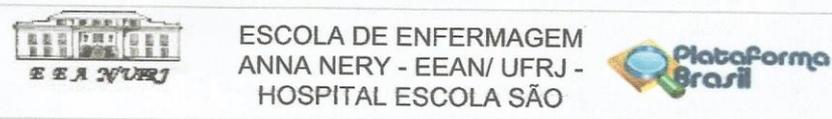
ATIVIDADE		AVALIAÇÃO	
1	O(a) Sr(a) consegue usar o telefone?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
2	O(a) Sr(a) consegue ir a locais distantes, usando algum transporte, sem necessidade de planejamentos especiais?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
3	O(a) Sr(a) consegue fazer compras?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
4	O(a) Sr(a) consegue preparar suas próprias refeições?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
5	O(a) Sr(a) consegue arrumar a casa?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
6	O(a) Sr(a) consegue fazer trabalhos manuais domésticos, como pequenos reparos?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
7	O(a) Sr(a) consegue lavar e passar sua roupa?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
8	O(a) Sr(a) consegue tomar seus remédios na dose e horários corretos?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
9	O(a) Sr(a) consegue cuidar de suas finanças?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
TOTAL		PONTOS: _____/27	

Escala de Lawton. Assesment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living.

Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

ANEXO D

APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: "Práticas lúdicas na educação em saúde com idosos sobre envelhecimento saudável: uma estratégia de cuidado de enfermagem"

Pesquisador: PAULA CRISTINA DE ANDRADE PIRES OLYMPIO

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 35161314.4.0000.5238

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem Anna Nery

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 818.429

Data da Relatoria: 03/10/2014

Apresentação do Projeto:

Projeto de tese de doutoramento em enfermagem desenvolvido no Núcleo de Pesquisa de Fundamentos do Cuidado de Enfermagem EEAN/UFRJ em convênio com Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Propõe pesquisa com até 30 idosos participantes de um programa de atenção básica com abordagem de análise problematizadora de Paulo Freire e de cuidado fundamental de Leininger.

Objetivo da Pesquisa:

- 1) Implementar o jogo como estratégia lúdica de cuidado na discussão com idosos sobre envelhecimento saudável.
- 2) Descrever saberes e práticas de idosos sobre envelhecimento saudável desvelados no âmbito da estratégia implementada.
- 3) Avaliar a pertinência da estratégia lúdica de cuidado implementada na discussão com idosos sobre o tema investigado.
- 4) Discutir potencialidades desta estratégia na clínica do cuidado de enfermagem em gerontologia.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Por se tratar de um estudo com seres humanos os participantes estarão expostos aos riscos de quebra do sigilo de suas informações pessoais, identificação do seu nome na pesquisa,

Endereço: Rua Afonso Cavalcanti, 275
 Bairro: Cidade Nova CEP: 20.211-110
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
 Telefone: (21)2293-8148 E-mail: cepeeanhesfa@gmail.com



ESCOLA DE ENFERMAGEM
ANNA NERY - EEA/ UFRJ -
HOSPITAL ESCOLA SÃO



Continuação do Parecer: 818.429

divulgação de dados que extrapolam os objetivos da pesquisa e constrangimento durante a realização das atividades propostas no estudo. Entretanto, a pesquisadora se compromete em garantir a preservação de anonimato dos sujeitos participantes e a sua identificação será feita através de nomes de frutas eleitos pelos próprios idosos. A garantia de que apenas as informações fornecidas em relação ao estudo serão utilizadas e divulgadas para fins de pesquisa. Vale ressaltar que dificuldades que venham ocorrer especialmente no que se refere a constrangimento de falar em público ou dificuldades de expressão das informações caberão à pesquisadora desenvolver técnicas de comunicação e abordagem capazes de estimular e facilitar a expressão livre dos sujeitos. E na presença de sujeitos analfabetos, será realizado uma leitura clara do termo e solicitado que leve cópia do termo para alguém de sua confiança faça a assinatura.

Benefícios: O estudo beneficiará diretamente a instituição eleita como cenário da pesquisa por possibilitar mudanças na prática assistencial, em função do envolvimento da equipe e do compromisso ético do pesquisador com o cenário e sujeitos do estudo, contribuindo na assistência/cuidados pela intervenção proposta e pelo comprometimento da pesquisadora em dar prosseguimento à estratégia implementada. Os sujeitos participantes também serão beneficiados diretamente, uma vez que o estudo propiciará a construção compartilhada de um cuidado para a promoção do envelhecimento saudável e ativo, respeitando os seus valores culturais, sua visão de mundo, sua história, seu contexto ambiental, sua expressão de linguagem garantido sua participação ativa coresponsável pelo cuidar de si.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Redação bem elaborada, de relevância social diante do envelhecimento populacional vigente no país e no mundo. Aborda com propriedade as políticas pública para os idosos e propõe, a partir de palestras educativas e estratégias lúdicas a promoção de conhecimento em um ambiente agradável, com estímulo a interação social.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram analisados os seguintes documentos de apresentação obrigatória:

- 1) Folha de Rosto para pesquisa envolvendo seres humanos: adequado
- 2) Projeto de Pesquisa: adequado
- 3) Orçamento financeiro e fontes de financiamento: adequado
- 4) Termo de Consentimento Livre e Esclarecido: adequado
- 5) Cronograma: adequado
- 6) Carta de anuência: adequada

Endereço: Rua Afonso Cavalcanti, 275

Bairro: Cidade Nova

CEP: 20.211-110

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2293-8148

E-mail: cepeanhesfa@gmail.com



ESCOLA DE ENFERMAGEM
ANNA NERY - EEAN/ UFRJ -
HOSPITAL ESCOLA SÃO



Continuação do Parecer: 818.429

7) Instrumento de coleta de dados: adequado

Recomendações:

Sem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências ou inadequações.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O Comitê de Ética em Pesquisa da EEAN/HESFA atendendo o previsto na Resolução 466/12 do CNS/MS APROVOU o referido projeto na reunião ocorrida em 30 de setembro de 2014. Caso o(a) pesquisador(a) altere a pesquisa é necessário que o projeto retorne ao Sistema Plataforma Brasil para uma futura avaliação e emissão de novo parecer. Lembramos que o(a) pesquisador(a) deverá encaminhar o relatório da pesquisa após a sua conclusão, como um compromisso junto a esta instituição e o Sistema Plataforma Brasil.

RIO DE JANEIRO, 03 de Outubro de 2014

Assinado por:

Maria Aparecida Vasconcelos Moura
(Coordenador)

Endereço: Rua Afonso Cavalcanti, 275

Bairro: Cidade Nova

CEP: 20.211-110

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2293-8148

E-mail: cepeanhesfa@gmail.com

ANEXO E
SOLICITAÇÃO DE PATENTE



Universidade Federal do Espírito Santo

Número do Processo : 23068.704330/2015-83 **Documento Origem .:**
Data de Abertura : 03/02/2015 **Hora :** 11:05:32
Procedência : 1.05.01.05.00.00.00 - Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação - PRPPG
Interessado : 1.05.01.05.00.00.00 - Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação - PRPPG
Tipo de Documento: Protocolado
Assunto : Solicitação
Resumo Assunto : ENCAMINHA AO INIT/PRPPG - SOLICITAÇÃO DE PATENTE DE INVENÇÃO PAULA CRISTINA DE ANDRADE PIRES OLYMPIO CONFORME FORMULÁRIO EM ANEXO.

APÊNDICE A
INSTRUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

1. IDENTIFICAÇÃO:

Nome completo: _____ DN: _____

Identificação da pesquisa: _____ Sexo () M () F

Escolaridade (anos de estudo): _____ Cor: _____

Estado civil: _____ Nº de filhos: _____

Mora sozinho? sim () não () especifique: _____

Profissão/ocupação: _____ Renda: _____

Religião: _____

Realiza atividade física? () sim () não Caso sim, qual? _____

Realiza atividade de lazer/social? () sim () não Caso sim, qual? _____

2. PROBLEMAS DE SAÚDEa) Quais doenças / problemas de saúde o(a) Sr (a) sabe que tem? **1-sim 2-não**

Diabetes		Derrame/AVC		Parkinson		Alzheimer	
HAS		Doença cardíaca		Tremores		Dor limitante	
Colesterol alto		Incontinência		Tonteira		Memória	
Depressão		Desmotivação		Instabilidade postural		Incapacidade comunicativa	

Outros: _____

b) Quantas medicações em uso regular o(a) Sr (a) faz por dia? _____

c) Verificações

PA: _____ Peso: _____

Altura: _____

3. RISCOS SOCIAIS

Marque **1-sim** e **2-não**

Solidão/isolamento social (o(a) Sr (a) se sente só ou isolado na maior parte do tempo)		Luto (o(a) Sr (a) tem se ressentido por alguma perda afetiva significativa?)	
Cuidador (o(a) Sr (a) cuida de alguém dependente)		Analfabetismo	
Suporte familiar insuficiente (o(a) Sr (a) se sente amparado pelos seus familiares)		Renda insuficiente (sua renda é suficiente para as necessidades básicas)	
Dificuldade de comunicação			

4. EDUCAÇÃO EM SAÚDE

- O (a) Sr (a) já participou de alguma atividade educativa sobre envelhecimento ativo e saudável? () sim () não. Caso sim:

Em grupo () ou individual ()

Como foi a experiência? _____

Já participou de alguma atividade educativa em saúde com práticas lúdicas? Caso sim, quais? _____

- Fale sobre essa experiência? _____

- O (a) que pensa sobre a inserção dessas práticas lúdicas nas ações educativas em saúde? () sim () não

- Fale sobre as suas expectativas de participar de uma atividade educativa para abordar o envelhecimento ativo e saudável. E sobre a inclusão do jogo neste processo? Tem algo a dizer? _____

- Gostaria de acrescentar algo? _____

Assinatura da pesquisadora/auxiliar de pesquisa: _____

Data: ___/___/___

APÊNDICE C

ROTEIRO PARA OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE

Dados de identificação
Data: __/__/__ Horário: início _____ término: _____ Número de participantes: _____
<p>Sequência das falas (nomear sujeito):</p> <p>Anotar todo o movimento do grupo durante a discussão: interrupções, conversas paralelas, engajamento e participação dos sujeitos nas discussões, como estabeleceu o diálogo com o grupo e com a pesquisadora, movimento do corpo e do diálogo, forma de comunicação, demonstração de interesse (ou não) na atividade proposta, expressões faciais.</p>
<p>Jogos: (tipo, quem participou e como participou)</p>
<p>Temas geradores:</p>
<p>Saídas ou entradas de participantes, interrupções por pessoa externa à atividade</p>
<p>Percepção geral sobre o grupo</p>
<p>Outras observações relevantes:</p>

PLANILHA DE REGISTROS DA COMUNICAÇÃO NÃO VERBAL

() 1º encontro () 2º encontro () 3º encontro Data: ___/___/___

Enunciador do discurso	objeto discursivo	comunicação não verbal do enunciador durante sua fala	comunicação não verbal dos demais participantes durante a fala do enunciador

APÊNDICE E



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
NÚCLEO DE PESQUISA DE FUNDAMENTOS DO CUIDADO DE
ENFERMAGEM – NUCLEARTE/DEF**



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde – Item IV)

TÍTULO: Utilização de jogos como estratégia lúdica de cuidado de enfermagem na educação em saúde com idosos sobre envelhecimento saudável.

OBJETIVOS:

- 1) Implementar o jogo como estratégia lúdica de cuidado na discussão com idosos sobre envelhecimento ativo e saudável.
- 2) Descrever saberes e práticas de idosos sobre envelhecimento ativo e saudável desvelados no âmbito da estratégia implementada.
- 3) Avaliar a pertinência da estratégia lúdica de cuidado implementada na discussão com idosos sobre o tema investigado.
- 4) Discutir potencialidades desta estratégia na clínica do cuidado de enfermagem em gerontologia.

INFORMAÇÕES SOBRE A PARTICIPAÇÃO:

Você está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa que permitirá a discussão de questões essenciais capazes de evidenciar os saberes e práticas de idosos sobre o envelhecimento saudável que possam servir de base para o ensino, pesquisa e assistência de enfermagem a este grupo populacional, que cresce e apresenta-se com uma grande demanda de necessidades assistenciais de saúde.

Os princípios que serão aplicados a todos os participantes deste estudo são os seguintes:

- a. Sua participação é totalmente voluntária;
- b. Você poderá sair do estudo a qualquer momento que desejar;
- c. Após a leitura dessas explicações, você poderá fazer qualquer pergunta necessária para o seu entendimento relacionado à natureza deste estudo.
- d. Riscos e dificuldades podem ocorrer especialmente no que se refere aos riscos e/ou dificuldades de expressão das informações que se busca conhecer a partir da fala dos sujeitos, porém caberá a pesquisadora, desenvolver técnicas de comunicação e abordagem capazes de estimular e facilitar a expressão livre dos sujeitos.

Assinatura do Participante

Assinatura do Pesquisador

PROCEDIMENTOS QUE SERÃO REALIZADOS:

Serão realizadas: Rodas de discussão e Seminários nas salas de aula do ED I e ED II do Departamento de Serviço Social do CCJE da UFES todas às quintas-feiras, das 14 às 18 horas.

CONFIDENCIALIDADE: A privacidade das informações será garantida aos investigados do estudo e sua utilização obedecerá estritamente com objetivos científicos. Você poderá escolher um pseudônimo com o qual gostaria de ser denominada durante o estudo para preservar seu anonimato, sugere-se o uso de nomes de frutas.

PESSOAS E LOCAL PARA RESPOSTAS E PERGUNTAS E MAIORES INFORMAÇÕES RELACIONADAS COM O ESTUDO ENTRAR EM CONTATO

COM:

1. Prof^a. Ms. Paula Cristina de Andrade Pires Olympio – Professora do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Espírito Santo – Pesquisadora Responsável pelo Estudo.

2. Prof^a. Dr^a Maria Helena Costa Amorim– Coordenadora do DINTER do Curso de Doutorado em Enfermagem da UFES/EEAN/UFRJ – Departamento de Enfermagem.

Local: Campus Maruípe da Universidade Federal do Espírito Santo – Vitória– Telefone: 0 (XX) 27 - 3335-7281/ 3335-7280. E-mail: mhcamorim@yahoo.com.br

3. Prof^a Dr^a Márcia de Assunção Ferreira– Coordenadora de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem Anna Nery – UFRJ.

Local: Escola de Enfermagem Anna Nery – Rua Afonso Cavalcante, 275 – Cidade Nova Rio de Janeiro – RJ. Tele- Fax: 0 (XX) 21 – 2293 – 8148.

SE NÃO ENTENDER ALGUMA PARTE DESTE DOCUMENTO PEÇA
EXPLICAÇÃO E ORIENTAÇÃO À PESQUISADORA ANTES DE ASSINAR.

Após ter sido devidamente informada e esclarecida sobre todos os aspectos que envolvem esta pesquisa, dou meu consentimento de participação, na certeza da garantia do anonimato, autorizando a gravação em áudio com mídia eletrônica para criação de arquivos em formato mp3 dos meus depoimentos.

Vitória (ES), ____/ ____/ ____.

Vitória (ES), ____/ ____/ ____.

Assinatura do Participante

Assinatura do Pesquisador

