

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO ACADÊMICO

DANIELLI GAVIÃO MALLMANN

**NECESSIDADES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE DOS IDOSOS À LUZ DA
TEORIA DE MADELEINE LEININGER**

RECIFE

2014

DANIELLI GAVIÃO MALLMANN



NECESSIDADES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE DOS IDOSOS À LUZ DA TEORIA DE MADELEINE LEININGER

Dissertação apresentada ao Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Enfermagem e Educação em Saúde nos Diferentes Cenários do Cuidar

Grupo de Pesquisa: Saúde Coletiva e Práticas Integrativas e Complementares em Saúde

Orientadora: Profa. Dra. Eliane Maria Ribeiro de Vasconcelos

RECIFE

2014

Ficha catalográfica elaborada pela
Bibliotecária: Mônica Uchôa, CRB4-1010

M254n Mallmann, Danielli Gavião.
Necessidades de educação em saúde dos idosos à luz da teoria de
madeleine leininger / Danielli Gavião Mallmann. – Recife: O autor, 2014.
107 f.: il.; tab.; quadr.; 30 cm.

Orientadora: Eliane Maria Ribeiro de Vasconcelos.
Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco, CCS.
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2014.
Inclui referências, apêndices e anexos.

1. Educação em saúde. 2. Idoso. 3. Promoção da saúde. 4. Teoria da
enfermagem. I. Vasconcelos, Eliane Maria Ribeiro de (Orientadora). II. Título.

610.736

CDD (22.ed.)

UFPE (CCS2014-230)

DANIELLI GAVIÃO MALLMANN

NECESSIDADES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE DOS IDOSOS À LUZ DA
TEORIA DE MADELEINE LEININGER

Dissertação aprovada em: 28 de novembro de 2014

Profa. Dra. Eliane Maria Ribeiro de Vasconcelos (Presidente)

Profa. Dra. Ana Márcia Tenório de Souza Cavalcanti (UFPE)

Prof. Dr. Ednaldo Cavalcante de Araújo (UFPE)

Profa. Dra. Clara Maria Silvestre Monteiro de Freitas (UPE)

RECIFE

2014

*Dedico este trabalho à eterna idosa da minha vida: minha avó **Elcy Rodrigues Gavião** (in memoriam), pelos ensinamentos repassados.*

*Aos meus pais **Melcrides** e **Fátima**, pela confiança e pelo amor incondicional.*

AGRADECIMENTOS

A **Deus**, pela força e paciência para guiar meus passos e pela sabedoria para enfrentar os obstáculos que surgiram no caminho.

Aos meus pais, **Melcrides Timoteo Mallmann** e **Fátima Regina Gavião Mallmann**, que, mesmo à distância, apoiaram-me e me incentivaram, acreditando e torcendo por mim.

À minha orientadora **Eliane Maria Ribeiro de Vasconcelos**, pela sua paciência, ensinamentos e apoio em todo o processo de elaboração deste trabalho. Por compartilhar suas experiências e conhecimentos e compreender meus anseios e desejos durante esta caminhada.

Ao meu companheiro **Luiz Roberto Curcio Duizith**, pelo apoio e carinho sempre presentes, pela paciência e compreensão de minha ausência em alguns momentos.

Aos meus tios, **Rosange Gavião Silva** e **Mauro Diniz dos Santos Silva**, pela acolhida, apoio e incentivo durante esta jornada.

Aos idosos, **Ana Maria, Maria das Neves, Cecília, Luiz Severino, Antônio e Maria José**, pela cooperação e participação neste estudo. Agradeço imensamente a acolhida e a gentileza que permearam nossos encontros.

Aos **profissionais da Unidade de Saúde da Família Sítio Wanderley**, pela confiança e apoio no desenvolvimento deste estudo.

Aos **professores do Curso de Mestrado em Enfermagem da UFPE**, pelos ensinamentos e aprendizagens durante os 2 anos do Curso.

Aos colegas do Curso de Mestrado em Enfermagem da UFPE, **Andressa, Carolina, Isabella, Josueida, Marcelle, Michelline, Nelson, Rosalia, Sílvia, Talita, Tatiane, Thássia e Vanessa**, foram momentos únicos que tivemos no percurso das vivências de mestrado. Vocês são especiais e serão inesquecíveis, cada um com sua particularidade.

A construção desta dissertação só foi possível pela colaboração direta ou indireta de muitas pessoas, nos vários momentos de sua realização.

Muito obrigada a todos!

“Envelhecer é como velejar, você não pode parar o vento, mas pode direcionar a vela para que o vento lhe seja favorável.”

Aldemita Vaz de Oliveira

MALLMANN, Danielli Gavião. **Necessidades de educação em saúde dos idosos à luz da Teoria de Madeleine Leininger**. Recife – PE: UFPE, 2014. 107 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Pernambuco, Recife - PE, 2014.

RESUMO

A promoção do envelhecimento saudável necessita de estratégias que visem a prevenção de doenças e a promoção da saúde, entre as quais destaca-se a educação em saúde, que deve considerar a realidade ambiental, a cultura e as necessidades dos indivíduos envolvidos na ação educativa. A Teoria de Madeleine Leininger, que preconiza o respeito aos aspectos culturais, pode ser associada a estudos sobre práticas educativas em saúde. Esta dissertação objetivou apreender as necessidades de educação em saúde dos idosos à luz da Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural de Madeleine Leininger. Foram desenvolvidos dois artigos científicos nesta dissertação, que constituem a seção dos resultados. O primeiro artigo é uma revisão integrativa sobre as ações educativas em saúde voltadas à promoção da saúde do idoso a partir de consulta às bases de dados MEDLINE, LILACS, BDENF, CINAHL e biblioteca virtual SciELO empregando os descritores Educação em Saúde, Idoso, Envelhecimento, Saúde do Idoso, Promoção da Saúde e Qualidade de vida e suas traduções em inglês e espanhol, com o uso do booleano *and*. Os resultados foram analisados com um instrumento adaptado do Critical Appraisal Skills Programme e selecionados oito artigos que responderam à questão de pesquisa: Quais as evidências científicas sobre as práticas de educação em saúde voltadas a promoção da saúde do idoso? Identificaram-se a qualidade de vida e a promoção do envelhecimento saudável como fatores resultantes das estratégias de educação em saúde. As ações de educação em saúde para idosos necessitam de metodologias que atentem para a complexidade do processo de envelhecimento e relacionem os fatores que cercam o indivíduo, como as crenças, os valores, as normas e os modos de vida. O segundo artigo é um estudo descritivo exploratório, de abordagem qualitativa, guiado pela etnoenfermagem. Os informantes do estudo foram idosos, agentes comunitários de saúde e familiares dos idosos. Os dados foram produzidos por meio de visitas domiciliares aos idosos, onde se utilizou o modelo Observação-Participação-Reflexão, em que se observou o contexto e as cenas culturais dos informantes, utilizando

diário de campo para as anotações e se realizou entrevista gravada com roteiro semiestruturado. A análise foi baseada na etnoenfermagem de Madeleine Leininger, que se constituiu de coleta e registro dos dados brutos, classificação e categorização dos descritores e componentes, identificação de padrões recorrentes e saturação de ideias, interpretação de resultados e formulação criativa de dados. A amostra totalizou 18 informantes, sendo 12 informantes gerais e seis idosos informantes-chave, dos quais quatro eram mulheres; quatro encontravam-se na faixa etária dos 60 a 69 anos e todos tinham baixa escolaridade e recebiam aposentadoria. As necessidades de educação em saúde dos idosos estão relacionadas às doenças e problemas de saúde e mudanças ocorridas com o envelhecimento. Torna-se necessário implementar ações educativas para suprir tais necessidades, que busquem a participação do idoso e instiguem a sua criatividade, atentando para os seus valores, significados de cultura, as suas crenças e experiências e para a complexidade do processo de envelhecimento.

Palavras-chave: Educação em saúde. Idoso. Promoção da saúde. Teoria de enfermagem.

ABSTRACT

The promotion of healthy aging needs strategies that aimed at disease prevention and health promotion, among which stands out health education, which should consider the environmental reality, culture and needs of the individuals involved in the educational activity. The Theory of Madeleine Leininger, which advocates the respect to cultural aspects, can be associated with studies on educational practices in health. This dissertation aimed to apprehend the needs of health education of the elderly to the Theory of Diversity and Universality Cultural Care Madeleine Leininger. Two papers were developed in this dissertation, which constitute the section of the results. The first article is an integrative review about educational health actions aimed at promoting the health of elderly from search to MEDLINE, LILACS, BDNF, CINAHL databases and virtual library SciELO employing descriptors Health Education, Aged, Aging, Health of the Elderly, Health Promotion and Quality of life and their translations in English and Spanish, with the use of Boolean and. The results were analyzed with an adapted instrument of the Critical Appraisal Skills Programme and eight articles were selected that responded to the research question: What scientific evidence about the practices of health education aimed at health promotion of the elderly? Were identified the quality of life and the promotion of healthy aging as resulting factors of the strategies of health education. The actions of health education for the elderly require methodologies that attempt to the complexity of the aging process and relate the factors surrounding the individual, such as the beliefs, the values, the norms and the ways of life. The second article is a descriptive exploratory study, with qualitative approach, guided by ethnonursing. Study informants were elderly, community health workers and relatives of elderly. The data were produced through home visits to elderly, where the Observation-Participation-Reflection model was used, in which noted the context and cultural scenes of informants, using a field journal for notes and recorded interview was held with semistructured script. The analysis was based on ethnonursing of Madeleine Leininger, which consisted of collection and recording of raw data, classification and categorization of descriptors and components, identification of recurring patterns and saturation of ideas, interpretation of results and creative formulation of data. The sample included 18 informants, 12 general informants and six elderly key informants, of which four were women; four were in the age group of 60-69 years and all had low education and received retirement benefits. The needs of health education of the elderly are related to diseases and health problems and changes occurred with aging. It becomes necessary to implement educational actions to meet

these needs that seek the participation of the elderly and instigate their creativity, paying attention to their values, meanings of culture, their beliefs and experiences and the complexity of the aging process.

Key words: Health education. Aged. Health promotion. Nursing Theory.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	OBJETIVO	16
3	REFERENCIAL TEÓRICO	17
3.1	Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural	17
3.2	Práticas educativas em saúde para o cuidado de enfermagem	21
3.3	Envelhecimento	23
4	CAMINHO METODOLÓGICO	25
4.1	Artigo de revisão integrativa: Educação em saúde como principal alternativa para promover a saúde do idoso	25
4.1.1	1ª etapa: Identificação do tema e elaboração da questão de pesquisa	25
4.1.2	2ª etapa: Estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos	25
4.1.2.1	<u>Critérios de inclusão</u>	26
4.1.2.2	<u>Critérios de exclusão</u>	26
4.1.3	3ª etapa: Definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados	27
4.1.4	4ª etapa: Avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa	27
4.1.5	5ª etapa: Interpretação dos resultados e síntese do conhecimento	28
4.2	Artigo original: Necessidades educacionais em saúde dos idosos à luz da Teoria de Leininger	28
4.2.1	Tipo de estudo	28
4.2.2	Cenário do estudo	29
4.2.3	Informantes do estudo	30
4.2.4	Construção dos dados	32
4.2.5	Análise de dados	34
4.2.6	Aspectos éticos - Riscos e Benefícios	36
5	RESULTADOS	38
5.1	Artigo de revisão: Educação em saúde como principal alternativa para promover a saúde do idoso	38
5.2	Artigo Original: Necessidades educacionais em saúde dos idosos à luz da Teoria de Leininger	63
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	83
	REFERÊNCIAS	84
	APÊNDICES	90

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	
– INFORMANTES-CHAVE	91
APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	
– INFORMANTES GERAIS	93
APÊNDICE C - QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO	95
APÊNDICE D - ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO	96
APÊNDICE E - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA ..	97
ANEXOS	98
ANEXO A – CARTA DE ANUÊNCIA DO DISTRITO SANITÁRIO IV ...	99
ANEXO B - MINI-EXAME DO ESTADO MENTAL – MEEM	100
ANEXO C – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	101
ANEXO D - NORMAS DA REVISTA CIÊNCIA & SAÚDE COLETIVA .	103

1 INTRODUÇÃO

A população mundial encontra-se em transição epidemiológica, uma vez que as pessoas estão vivendo mais, em comparação às décadas de 20 e 30. Esta realidade é observada desde a metade do século XX e tem ocorrido em muitos países, como Estados Unidos da América, onde a proporção de idosos passou de 4% em 1900 para 13% no ano 2000 e se estima que chegará a 20% em 2030 e, países como Itália, Índia e China esses números são superados¹. Nos países da América Latina, houve aumento da população idosa duas vezes maior que da população total no período entre 1980 a 2000², o que reflete o acelerado envelhecimento nos países em desenvolvimento³, como no Brasil, onde o número de idosos passou de 15,5 milhões para 22,4 milhões no período 2001 a 2011⁴.

O envelhecimento populacional se deu em função à diminuição da fecundidade e a redução da mortalidade de idosos, o que propiciou alteração na estrutura da pirâmide etária, a qual começa apresentar uma base mais estreita e um topo mais alargado, o que demonstra as mudanças ocasionadas pelo rápido envelhecimento populacional⁵. No que se refere às regiões do Brasil, a região Nordeste é a terceira mais envelhecida do país, com 10,3% da população formada por idosos ao apresentar mais de 5 milhões de idosos com 60 anos ou mais, sendo 937.943 em Pernambuco⁶.

Um aumento significativo na produção de dissertações e teses sobre envelhecimento vem ocorrendo, porém autores identificaram, por meio de pesquisa bibliográfica, lacunas no desenvolvimento de estudos e pesquisas na temática e ressaltou a importância de estudos que visem a investigar como os serviços de saúde respondem às necessidades dos idosos e a promoção da saúde, principalmente na atenção básica⁷. Isto corrobora a outro estudo que constatou a falta de estudos que possam subsidiar as ações de saúde, de forma a corresponder às necessidades dessa população⁸. Desse modo, o envelhecimento requer atenção dos profissionais sensibilizados na melhoria da qualidade de vida desse segmento populacional, a fim de promover a saúde dos idosos a partir do atendimento de suas necessidades.

A qualidade de vida dos idosos está associada ao envelhecimento saudável ou ativo, que é entendido como a potencialização de oportunidades de saúde, participação e segurança, a fim de melhorar a qualidade de vida das pessoas que envelhecem e aumentar a expectativa de vida⁹. O envelhecimento ativo é objetivado pelas políticas públicas de saúde, e, para alcançá-lo, são necessários os apoios social e familiar, bem como a manutenção das atividades

que os idosos desempenham para que possam perceber sua independência e ter qualidade de vida¹⁰.

Para a promoção do envelhecimento saudável necessita-se de estratégias desenvolvidas pelos profissionais da saúde, incluído o enfermeiro, que visem a prevenção de doenças e a promoção da saúde, entre as quais se destaca a educação em saúde, caracterizada como um instrumento à promoção da qualidade de vida das pessoas, famílias e comunidades pela integração de saberes técnicos e populares, de recursos públicos e institucionais e abranger determinantes do processo saúde-doença-cuidado¹¹.

As estratégias de educação em saúde devem contemplar o indivíduo como agente ativo e reflexivo¹¹, além de considerar a realidade ambiental, a cultura e as necessidades dos indivíduos envolvidos na ação educativa¹². O respeito aos modos de viver dos idosos deve ser prioritário numa ação de educação em saúde ao relacionar-se à cultura que os mesmos têm. A atenção aos modos de viver e às necessidades dos idosos foram eleitas, no presente estudo, como fatores determinantes para compreender o envelhecimento e subsidiar estratégias de educação em saúde para o cuidado ao idoso.

Cabe reforçar que a Organização Mundial da Saúde afirma que a cultura direciona o envelhecimento ativo ao influenciar a procura por hábitos de vida mais saudáveis e deve ser respeitada⁹. Neste contexto, faz-se alusão a Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural (TDUCC) de Madeleine Leininger, a qual preconiza o respeito aos aspectos culturais e pode ser associada aos estudos sobre práticas educativas em saúde¹³.

Por sua vez, a Teoria refere cultura como os valores, crenças, normas e modos de vida de uma sociedade ou grupo, que são apreendidos, compartilhados e repassados e orienta pensamentos, decisões e ações do indivíduo¹⁴. Nesse âmbito, o enfermeiro necessita conhecer os valores, as crenças e percepções dos idosos e relacionar os seus conhecimentos com os destes ao trabalhar como mediador e educador, a fim de propiciar a mudança de comportamentos e objetivar a melhoria da qualidade de vida¹³.

As práticas de enfermagem estão associadas às ações de educação em saúde, em que o diálogo é o fator principal para o compartilhamento de crenças, saberes e cultura, sem a imposição de ideias, o que torna as práticas educativas um meio de se aproximar da realidade vivida pelos idosos e obter informações para o cuidado cultural na promoção da saúde¹³. Ressalta-se que as práticas de educação em saúde são comumente realizadas na atenção básica, especialmente na Estratégia de Saúde da Família (ESF), na qual há contato direto com a comunidade e o enfermeiro pode acompanhar a saúde dos idosos pelas visitas domiciliares e

consultas de enfermagem, além de haver oportunidades de espaços destinados à educação em saúde.

Além do enfermeiro, os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) possuem proximidade à realidade dos idosos ao realizarem visitas periodicamente aos domicílios destes. Assim, salienta-se a necessidade da equipe de saúde atentar para as práticas culturais do idoso, a fim de subsidiar suas ações, na promoção de sua saúde. Nesse sentido, enfatiza-se a importância do conhecimento dos seus modos de viver e das suas necessidades para desenvolver práticas educativas para a promoção do envelhecimento saudável.

Ressalta-se que o desafio na atenção ao idoso está em contribuir para que ele redescubra possibilidades de viver com a máxima qualidade de vida. Para que isso ocorra, é necessário considerar o contexto familiar e social; além de reconhecer suas potencialidades, pois as dificuldades dos idosos podem estar relacionadas a uma cultura que os desvaloriza e limita¹⁵.

Nesse âmbito, este estudo contribui no preenchimento de lacunas observadas nas pesquisas sobre o envelhecimento ao buscar e priorizar as necessidades dos idosos para basear as ações de educação em saúde e possibilitar a participação do idoso em ações de seu interesse. Ao utilizar uma Teoria de Enfermagem, contribuirá no fortalecimento da Ciência da Enfermagem por pautar seus dados em conceitos e princípios que direcionam o planejamento de ações.

Ao entender que os profissionais da saúde devem buscar a melhoria da qualidade de vida da população idosa e, conseqüentemente, a promoção da saúde, visa-se a subsidiar a elaboração de ações educativas em saúde para promover o envelhecimento ativo e, para isto, tem-se como questão de pesquisa: Quais as necessidades de educação em saúde dos idosos?

2 OBJETIVO

Apreender as necessidades de educação em saúde dos idosos à luz da Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural de Madeleine Leininger.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural

No início dos anos 1950, Madeleine Leininger trabalhou como especialista em saúde mental em um centro de orientação infantil com crianças de diversas culturas. Foi quando ela percebeu o quanto a diferença cultural influencia no cuidado. Percebendo a importância da cultura no processo de cuidado, a mesma identificou a cultura como dimensão faltante na enfermagem e na saúde¹⁶. Por esta razão, Leininger decidiu cursar seu doutorado em Antropologia, que lhe instrumentalizou para desenvolver a TDUCC, que é uma teoria de grande relevância para apreender as necessidades de cuidado e saúde das diversas culturas.

A TDUCC baseia-se em experiências de teóricos e pensamento criativo na construção de uma teoria útil para a enfermagem e outros campos da saúde. Os fatores de cuidado baseados culturalmente foram sendo reconhecidos como influências sobre expressões humanas relacionadas à saúde, doença, bem-estar ou enfrentamento da morte. Assim, o cuidado precisa ser entendido e atualizado em contextos culturais diversos e específicos¹⁶.

Leininger preconiza que a cultura é o aspecto mais amplo, compreensivo, holístico e universal e o cuidado está incorporado na cultura, os quais tem que ser entendidos para descobrir as necessidades de cuidados dos clientes. Ela enquadra cultura e cuidado no mesmo grupo, que devem ser esmiuçados e entendidos dentro do contexto cultural. Desta forma, Leininger decidiu focar nos fenômenos cuidado e cultura porque eles não eram abordados no contexto da enfermagem, que ela definia como profissão e disciplina humanística e científica focada no fenômeno de cuidado humano e atividades a fim de auxiliar, suportar, facilitar ou possibilitar indivíduos ou grupos a manter ou recuperar seu bem-estar, de maneira culturalmente significativa e benéfica ou ajudar pessoas a enfrentarem dificuldades e/ou a morte¹⁶.

O ambiente, segundo Leininger, é a totalidade de situações geofísicas ou os cenários geográficos e ecológicos de culturas. O contexto ambiental inclui múltiplos fatores como as dimensões física, ecológica, espiritual, sociopolítica, afinidade ou tecnológica que influenciam o cuidado cultural, saúde e bem estar. Nesse âmbito, saúde é definida como um estado de bem-estar que é culturalmente definido e constituído. É um estado que reflete a

habilidade para ajudar indivíduos ou grupos a realizar suas atividades diárias em cuidados benéficos expressos culturalmente e modos de vida padronizados¹⁶.

A TDUCC foi desenvolvida baseada em constructos, os quais servem para a utilização da mesma em pesquisas e precisam ser operacionalizados para a utilização do referencial teórico da mesma que possibilita a análise e a reavaliação dos mesmos na pesquisa (BOEHS 2010). Os constructos, de acordo com Leininger e McFarland¹⁶, são:

- 1- Cuidado é o maior constructo da TDUCC e refere-se a ações, atitudes e práticas para assistir ou ajudar outros em direção a cura e bem-estar.
- 2- Cultura refere-se aos valores aprendidos, compartilhados e transmitidos, às crenças, normas e modos de vida de uma particular cultura que guia pensamentos, decisões e ações em maneiras padronizadas.
- 3- Cuidado *emic* refere-se ao conhecimento leigo, tradicional ou popular aprendido e transmitido para promover assistência. Cuidado *etic* é o conhecimento de cuidado profissional formal e explícito cognitivamente aprendido e práticas obtidas geralmente através de instituições educacionais.
- 4- Fatores estruturais culturais e sociais incluem religião, laços sociais, políticas, questões jurídicas, educação, econômicos, tecnologia, fatores políticos, filosofia de vida e crenças e valores culturais.
- 5- Etnohistória refere-se a fatos passados, eventos, instâncias e experiências de seres humanos, grupos, culturas e instituições que ocorrem ao longo do tempo em contextos particulares que ajudam a explicar modos de vida passados e atuais sobre influência da cultura e do cuidado.
- 6- Contexto ambiental é a totalidade de um evento, situação ou experiência particular que dá significado para expressões, interpretações e interações sociais de pessoas dentro de um específico cenário cultural.
- 7- Visão de mundo é a forma como as pessoas tendem a olhar o seu mundo ou seu universo para formar uma imagem sobre vida ou o mundo ao redor delas.
- 8- Preservação e/ou manutenção do cuidado cultural refere-se às ações ou decisões profissionais que ajudam culturas a reter, preservar ou manter cuidados benéficos, crenças e valores ou enfrentar deficiência ou morte. Acomodação e/ou negociação do cuidado cultural ações ou decisões de cuidado criativo prestado que ajudam culturas adaptar ou negociar com outros por cuidado culturalmente congruente, seguro e efetivo para sua saúde, bem-estar ou lidar com a doença ou morte. Repadronização ou reestruturação do cuidado cultural refere-se a ações ou decisões mútuas profissionais que ajudariam pessoas a reordenar, mudar, modificar

ou reestruturar seus modos de vida e instituições para melhorar padrões de cuidado em saúde, práticas ou resultados.

9- Cuidado culturalmente congruente refere-se ao conhecimento de cuidado baseado culturalmente, ações e decisões usadas em maneira sensível para ajustar apropriadamente e significativamente os valores culturais, crenças e modos de vida de clientes para sua saúde e bem-estar ou para prevenir doenças, deficiências ou morte.

10- Diversidade do cuidado refere-se às diferenças ou variabilidade entre os seres humanos, com respeito aos significados da cultura de cuidados, padrões, valores, modos de vida, símbolos ou outras características relacionadas com a prestação de cuidados benéficos para os clientes de uma cultura designada.

11- Universalidade do cuidado cultural refere-se às características do fenômeno cultural compartilhadas ou similares de um indivíduo ou grupo, com significados recorrentes, padrões, valores, modos de vida, ou um dos símbolos que servem como guias para cuidadores promoverem assistência, suporte e apoio ou capacitar pessoas para resultados saudáveis.

Desse modo, a Enfermagem precisa atentar para a subjetividade do indivíduo que, muitas vezes, está como mero expectador, sem assumir seu papel de ator e autor de sua realidade social, que está arraigada nos valores, crenças, práticas, símbolos e significados de sua cultura¹⁷.

A análise de todos os fatores influenciadores é indispensável ao enfermeiro, a fim de evitar a prática de imposições culturais ao assistir os usuários dos serviços de saúde, por meio de julgamentos sobre as situações com as quais se depara, que caracterizam uma atitude etnocêntrica¹⁷. Há a necessidade de unir o saber científico ao saber popular para alcançar a congruência do cuidado, o que apresenta dificuldades se o profissional adotar uma postura de detentor do saber e não valorizar a cultura e a realidade dos clientes¹⁸. As atitudes etnocêntricas, que impactam o cenário de assistência à saúde, promovem a insatisfação dos clientes, bem como a não adesão aos planos terapêuticos e, para combatê-las, fazem-se necessários estudos culturais na área da Enfermagem¹⁹.

A TDUCC vem complementar os estudos culturais e, a fim de clarificar a formação e as suas características, ressaltam-se os pressupostos teóricos elencados por Leininger e McFarland¹⁶:

- 1- Cuidado é a essência e o foco central dominante, distinto e unificador da enfermagem.
- 2- Cuidado humanístico e científico é essencial para o crescimento humano, bem-estar, saúde, sobrevivência e enfrentamento da morte e doenças.
- 3- Cuidar é essencial para a cura, não pode haver cura sem cuidado.

- 4- Cuidado cultural é a síntese de dois constructos importantes que guiam o pesquisador para descobrir e explicar sobre a saúde, bem-estar, expressões de cuidado e outras condições humanas.
- 5- Expressões de cuidado cultural, significados, padrões, processos e formas estruturais são diversos, mas algumas semelhanças (universalidades) existem entre as culturas.
- 6- Valores de cuidado cultural, crenças e práticas são influenciados e incorporados na visão de mundo, fatores da estrutura social e os contextos etnohistórico e ambiental.
- 7- Toda cultura tem um cuidado genérico (*emic*) e geralmente algum cuidado profissional (*etic*) para ser descoberto e usado para práticas de cuidado culturalmente congruente.
- 8- Cuidado culturalmente congruente e terapêutico ocorre quando os valores de cuidado cultural, crenças, expressões e padrões são explicitamente conhecidos e usados adequadamente, sensivelmente e significativamente com pessoas de culturas diferentes ou similares.
- 9- Três modelos teóricos de cuidado de Leininger oferecem formas terapêuticas novas, criativas e diferentes para ajudar as pessoas de diversas culturas.
- 10- Métodos paradigmáticos de pesquisa qualitativa oferecem meios importantes para descobrir amplamente as práticas e conhecimentos de cuidado cultural incorporado, epistêmico e ontológico.
- 11- Enfermagem transcultural é uma disciplina com um corpo de conhecimentos e práticas a fim de atingir e manter o objetivo do cuidado culturalmente congruente para a saúde e bem-estar.

É imprescindível uma relação dialógica entre enfermeiro e cliente a fim de identificar e atender as necessidades deste e buscar em conjunto a congruência do cuidado. Nesse sentido, é preciso considerar que o cuidado transcende as doenças e para que seja significativo para o cliente, o profissional deve ter a competência humana para orientar, considerando seu contexto cultural e suas visões de mundo¹⁸. É preciso reconhecer que existem dois sistemas de cuidado, o cuidado profissional (*etic*) e o cuidado popular (*emic*). Assim, o profissional deve entender que há cultura nos dois subsistemas e se perceber como parte da cultura do cliente²⁰.

Ressalta-se a contemporaneidade da TDUCC, pois alguns traços dos fatores socioeconômicos, políticos e culturais dos anos 1950 ainda persistem e compõem a realidade mundial¹⁷. Estudo realizado sobre as temáticas das dissertações que envolveram enfermagem e cultura identificou que grande parte estava voltada a saúde da mulher e um interesse, ainda incipiente, na realização de estudos relacionando a cultura com a saúde dos idosos²¹. Percebe-se que a aplicação da TDUCC principalmente na assistência de enfermagem, com foco no

cuidado, porém vem sendo utilizada nas práticas educativas na área da Saúde Pública¹³. Como exemplos de dissertações que utilizaram a TDUCC citam-se três dissertações do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco, em que focaram nos programas radiofônicos para a educação em saúde²², educação em saúde sobre o padrão alimentar do idoso indígena²³ e o apoio à amamentação fornecido pela avó materna²⁴, o que deixa claro a influência cultural nos vários aspectos do cuidar.

3.2 Práticas educativas em saúde para o cuidado de enfermagem

O processo pedagógico da enfermagem, por intermédio da educação em saúde, é reconhecido como estratégia no enfrentamento dos problemas de saúde que afetam as populações e seus contextos socioculturais. A educação em saúde considera a necessidade de mobilizar fatores políticos, ambientais e culturais e é um meio para estabelecer uma relação dialógico-reflexiva entre enfermeiro e cliente, para que este entenda sua situação de saúde-doença e perceba-se como sujeito de transformação de sua vida^{11,25}.

O enfermeiro precisa conhecer as crenças, valores e visões de mundo dos indivíduos e alicerçar os conhecimentos populares aos seus conhecimentos técnico-científicos, na busca do cuidado congruente^{11,13,26}. O cuidado de enfermagem visa a alcançar a integralidade dos seres humanos num entendimento profundo e significativo sobre a diversidade dos contextos socioculturais¹³.

Para que a prática educativa seja satisfatória e instituída no processo saúde-doença, é imprescindível conhecer a realidade dos indivíduos, suas potencialidades e necessidades integralmente, pois a educação em saúde deve ser adaptada às necessidades, às vontades e aos conhecimentos prévios dos indivíduos²⁵⁻²⁷. A educação em saúde exige que o enfermeiro resgate o cliente como sujeito ativo e participante do seu processo de cuidado por meio de uma pedagogia que transcende a tradicional²⁶. Assim, o enfermeiro atua como mediador e educador com a finalidade de promover o entendimento e a mudança de hábitos e comportamentos dos indivíduos. A prática educativa está imbricada nas ações do enfermeiro e implica ver o indivíduo como ser único e ativo que possui valores, crenças e hábitos próprios¹³.

Durante o cuidado, o enfermeiro deve atentar para os aspectos subjetivos do cliente, como seus valores, suas crenças, seus modos de viver e de cuidar de si e os saberes e práticas

de cuidado. Valorizar amplamente esses aspectos constitui pensar o cuidado de forma compartilhada e permeada pela prática dialógica do enfermeiro, pois a orientação dialogada possibilita o compartilhamento de saberes e práticas que perpassam os sistemas, popular e profissional, garantindo a efetividade do cuidado^{11,26}.

A prática educativa é caracterizada também pela participação de todos e se torna mais favorecida quando desenvolvida em grupos, pois há a construção de um espaço para discussões e troca de experiências¹³. Nesse contexto, o papel do enfermeiro como educador versa em auxiliar o grupo a pensar do que pensar pelo grupo, o que implica a conscientização e emancipação do enfermeiro como educador em saúde¹¹.

Ressalta-se que as práticas de saúde impositivas geram conflitos entre ser cuidado e cuidador e prejudicam a autonomia e a tomada de decisão do indivíduo, que opta por não mudar hábitos e comportamentos para a busca de melhor qualidade de vida¹³. Ao participar do planejamento dos cuidados, o cliente pode ter autonomia, liberdade e autocontrole para decidir sobre sua própria condição de saúde^{13,26}.

O processo de ensino-aprendizagem fornece subsídios para a transformação da realidade do indivíduo e favorecer a melhoria na qualidade de vida deste. E, através das práticas educativas, o paciente é instigado a utilizar suas próprias habilidades e conhecimentos para buscar soluções aos seus problemas de saúde¹³. O cliente atua como partícipe do cuidado, decide e escolhe o melhor para si, o que ultrapassa a condição de mero receptor de conhecimentos e gera autonomia nesse processo, de modo a reunir condições para implementar o cuidado na sua vida²⁶.

Para que os clientes apreendam as orientações e participem do planejamento das ações, é necessário que eles tenham um entendimento efetivo sobre o conhecimento compartilhado para compreender o objetivo das ações educativas. Além disso, o enfermeiro precisa conhecer a educação em saúde como prática que alicerça e reorienta toda a Atenção Primária em Saúde²⁷, perceber a importância do enfoque da mesma e atuar sob o aspecto de uma educação crítica e transformadora, a fim de englobar as necessidades biopsicossociais em suas ações individuais e coletivas¹¹.

A postura do enfermeiro não caracteriza a detenção do saber, visto que ele pode aprender com o saber popular. Além disso, o modo como o enfermeiro percebe e atua no cuidado influenciará na sua recepção e aceitação pelo sujeito¹³. Torna-se necessária a articulação dos cuidados profissional e popular com o cenário cultural, bem como é imprescindível a participação ativa do cliente na atividade educativa, a fim de facilitar o processo de apreender as formas de cuidado e favorecer sua saúde e bem-estar^{11,26}.

Como em qualquer âmbito de atuação, o cuidado de enfermagem, por meio da educação em saúde e ações de promoção da saúde, se faz importante na saúde da pessoa idosa pelo cuidado específico e pela contribuição para mudanças de comportamento individuais, coletivas e organizacionais²⁸.

Diante do envelhecimento populacional, é preciso fortalecer ações de sensibilização, educação e cuidado primário em saúde para atender com qualidade as necessidades específicas dessa população. Para isso, devem-se respeitar os aspectos culturais do idoso, que são influenciados pela visão de mundo, religião, contexto sociopolítico, educacional, econômico, etnohistórico e ambiental²⁸.

3.3 Envelhecimento

O envelhecimento populacional brasileiro está ocorrendo mais rápido do que nas sociedades mais desenvolvidas no século passado, pois prevê-se que a população idosa irá mais do que triplicar nas próximas quatro décadas²⁹⁻³⁰. Estima-se que o Brasil ocupará o sexto lugar em número de idosos no mundo no ano de 2025, podendo apresentar cerca de 32 milhões de idosos³¹.

O Brasil vem passando por modificações no perfil de saúde de sua população, o que aumenta a expectativa de vida, que pode estar acompanhada de doenças crônicas e incapacidades dos indivíduos, porém, envelhecer sem incapacidades é um fator indispensável para a manutenção da qualidade de vida, que é identificada pelo grau de autonomia com o que o idoso desempenha as suas funções, tornando-o independente no seu contexto socioeconômico e cultural³².

O processo de envelhecimento está associado a mudanças estruturais e funcionais nos sistemas fisiológicos³¹ e é caracterizado levando-se em consideração as condições biológicas, sociais, econômicas, cognitivas, funcionais e cronológicas³³.

Entre os desafios com a saúde decorrentes do envelhecimento estão a prevenção de doenças, a manutenção da saúde, a independência e a autonomia da população idosa²⁹, pois não é suficiente viver mais, é essencial ter qualidade de vida, dignidade e bem-estar³⁰. A prevenção retarda a ocorrência de doenças e colabora para que se preserve a capacidade funcional do idoso, que determina a qualidade de vida dessa pessoa³⁰.

Ressalta-se, porém, a heterogeneidade da população idosa, em que se percebe que parcelas do contingente idoso gozam de boas condições de saúde, mas, com o avanço da idade, costumam surgir limitações para a realização das atividades da vida diária, como doenças crônicas mais prevalentes entre idosos, o que tende a perdas de autonomia e independência³⁰. É preciso perceber a velhice como uma fase que comporta tanto ganhos quanto perdas. Assim, promover o envelhecimento saudável auxilia a prevenir e a controlar a incidência de doenças crônico-degenerativas e da incapacidade³⁴.

Para alcançar a velhice com saúde e bem-estar, é preciso considerar os hábitos de vida dos idosos, bem como seus comportamentos em relação à velhice. O comportamento dos idosos em relação à própria velhice depende da interação entre as crenças e entre as características cognitivas e afetivas. Salienta-se que os comportamentos influenciam a mudança de hábitos, o que leva ao entendimento de que a forma como os idosos agirão em relação à própria saúde dependerá, em parte, das imagens de velhice e de suas atitudes em relação ao envelhecimento³⁴.

Deve-se perceber o idoso como alguém que vive em sociedade e que possui seus valores, suas ideologias e crenças, além de possuir percepções em relação ao meio social, ambiental, cultural e religioso para entender que alguns conhecimentos não trarão mudanças nos modos de viver do mesmo³⁰. Nesta perspectiva, entende-se que a cultura influencia os modos de viver dos idosos, o que inclui as atividades de vida diária instrumentais, que são influenciadas pelo gênero e pela cultura, pois limita-se a sua universalização para todos os indivíduos³¹.

Durante a ação educativa com o idoso, é necessário oferecer opções, pois é preciso considerar a existência de aspectos que sempre acompanharão o indivíduo, como o prazer, os desejos e a cultura³⁰. Para a promoção da saúde de idosos, as práticas educativas em saúde precisam utilizar uma metodologia reflexiva, bem como a organização dos conteúdos e das ações ter como ponto de partida os conhecimentos trazidos pelos idosos e o seu contexto cultural, o que promove a inserção deste na aprendizagem e o mesmo perceber mais sentido em suas vivências³⁴.

4 CAMINHO METODOLÓGICO

4.1 Artigo de revisão integrativa: Educação em saúde como principal alternativa para promover a saúde dos idosos

A revisão integrativa reúne e sintetiza resultados de pesquisas sobre um determinado tema, de forma sistemática e ordenada, a fim de proporcionar o aprofundamento do conhecimento acerca de lacuna no tema investigado e permitir a síntese de vários estudos publicados e conclusões gerais de uma particular área de estudo³⁵.

Para a realização desta revisão, foram utilizadas as seguintes etapas: identificação do tema e elaboração da questão de pesquisa, estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos, definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados, avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa, interpretação dos resultados e síntese do conhecimento³⁵.

4.1.1 1ª etapa: Identificação do tema e elaboração da questão de pesquisa

A coleta de dados ocorreu nos meses de agosto a outubro de 2013 e foi realizada através de busca *online* de artigos que respondessem a seguinte questão de pesquisa: Quais as evidências científicas sobre as práticas de educação em saúde voltadas a promoção da saúde do idoso? Considerou-se idoso conforme a definição do Estatuto do Idoso, a pessoa com idade igual ou superior a 60 anos³⁶.

4.1.2 2ª etapa: Estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos

A coleta dos artigos foi realizada por meio da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), em que se utilizou as bases de dados: Literatura Internacional em Ciências da Saúde (MEDLINE), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e

Bases de Dados em Enfermagem (BDENF), bem como foi realizada também na Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL) e na biblioteca virtual Scientific Electronic Library Online (SciELO).

Os descritores utilizados foram Educação em Saúde, Idoso, Envelhecimento, Saúde do Idoso, Promoção da Saúde e Qualidade de vida, e suas respectivas traduções padronizadas nos Descritores em Ciências da Saúde (DECS), Health Education e Educación em Salud, Aged e Anciano, Aging e Envejecimiento, Health of the Elderly e Salud del Anciano, Health Promotion e Promoción de la Salud e Quality of Life e Calidad de Vida. Inicialmente, utilizou-se a busca pelos artigos pelo descritor Educação em Saúde e, posteriormente, realizou-se os cruzamentos dos descritores, a saber: “educação em saúde” *and* “idoso” *and* “promoção da saúde”, “educação em saúde” *and* “envelhecimento” *and* “promoção da saúde”, “educação em saúde” *and* “saúde do idoso” *and* “promoção da saúde”, depois a troca do descritor “promoção da saúde” pelo descritor “qualidade de vida”. A partir desses cruzamentos, retornaram 1.651 publicações (MEDLINE = 713, LILACS = 56, BDENF = 10, CINAHL = 842, SciELO = 30).

Nesta etapa, foram definidos os critérios de inclusão e exclusão:

4.1.2.1 Critérios de inclusão

- Artigos publicados no período de 2003 a 2013
- Publicações nos idiomas inglês, espanhol e português,
- Publicações disponíveis na íntegra
- Estudos realizados especificamente com idosos.

A opção por esse período de publicação justifica-se pela constatação, baseada na busca bibliográfica, que pesquisas no campo da educação em saúde e promoção da saúde do idoso são mais expressivas a partir de 2003, ano da criação do Estatuto do Idoso.

4.1.2.2 Critérios de exclusão

- Artigos de reflexão e relatos de experiência, revisões sistemática e integrativa, dissertações, teses, editoriais de jornais sem caráter científico.

Aqueles duplicados em mais de uma base e na biblioteca SciELO foram considerados somente uma vez. Após a aplicação dos critérios e o refinamento da busca a partir da leitura dos resumos dos artigos pré-selecionados, a amostra restringiu-se a 11 artigos.

4.1.3 3ª etapa: Definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados

Para a coleta de dados, foi utilizado um instrumento, já validado, que contempla: identificação do artigo, introdução e objetivos, características metodológicas do estudo, resultados e conclusão³⁷. Desse modo, foi possível avaliar o rigor metodológico dos estudos e os níveis de evidência de cada artigo. Os níveis de evidência são avaliados, hierarquicamente, de acordo com o tipo de metodologia do estudo, que são divididos em: I) meta-análise de estudos clínicos controlados e randomizados; II) estudo de delineamento transversal; III) pesquisa quase-experimental; IV) estudos não-experimentais, descritivos ou com abordagem metodológica qualitativa, ou estudos de caso; V) relatórios de caso ou dado obtido de forma sistemática, de qualidade verificável ou estudo de avaliação de programas; VI) opiniões de especialistas³⁸.

4.1.4 4ª etapa: Avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa

Para a análise e avaliação da relevância e adequação da metodologia dos artigos selecionados, foi utilizado instrumento adaptado do Critical Appraisal Skills Programme (CASP) - Programa de ensino de leitura crítica, que foi previamente validado³⁹, o qual aborda os seguintes conteúdos: clareza na identificação dos objetivos, adequação e apresentação da metodologia, adequação da seleção amostral, detalhamento da coleta de dados e da relação entre pesquisador e participante, cumprimento dos aspectos éticos, rigor na análise dos dados, apresentação e discussão dos resultados e importância da pesquisa. Neste estudo, optou-se por selecionar os artigos que respondessem a, no mínimo, 70% das questões, considerado, portanto, com boa qualidade metodológica e viés reduzido. Salienta-se que a análise e avaliação dos estudos foram realizadas por dois avaliadores. Portanto, após a avaliação metodológica, a amostra desta revisão constituiu-se de oito artigos.

4.1.5 5ª etapa: Interpretação dos resultados e síntese do conhecimento

Para a síntese e apresentação dos resultados, utilizou-se instrumento que contém: identificação do artigo; base de dados; nível de evidência; ano; objetivos; método; práticas de educação em saúde e principais resultados. Ao analisar os estudos, a partir da leitura do texto na íntegra, fez-se categorização temática emergente dos resultados dos artigos da amostra:

- Qualidade de vida como fator resultante da educação em saúde;
- Promoção da saúde através de Educação em saúde.

4.2 Artigo Original: Necessidades educacionais em saúde dos idosos à luz da Teoria de Leininger

4.2.1 Tipo de estudo

Trata-se de estudo descritivo exploratório, de abordagem qualitativa, no qual se utilizou a etnoenfermagem, proposta por Leininger. A pesquisa qualitativa visa a compreender pontos de vistas, opiniões e significados sobre a realidade⁴⁰. A etnoenfermagem é o estudo de visões de mundo, crenças e práticas de uma população, que permite a compreensão cultural⁴¹.

A pesquisa qualitativa requer que o pesquisador busque informações e dados nos ambientes naturais e cotidianos dos participantes⁴⁰, o que promove o convívio entre pesquisador e pesquisado. As pesquisas qualitativas em etnoenfermagem são realizadas para estudar o contexto cultural de uma cultura específica, com suas peculiaridades, comportamentos, padrões e significados frente ao processo de saúde e doença⁴², aspectos que dificilmente seriam desvendados por outro método de investigação.

A etnoenfermagem é um método rigoroso, sistemático e abrangente para estudar múltiplas culturas e fatores de cuidado dentro de ambiente familiar de pessoas e focar nas inter-relações de cuidado e cultura para alcançar o objetivo dos serviços de cuidado culturalmente congruente, bem como para documentar, descrever, explicar e interpretar as visões de mundo, significados, símbolos e experiências de vida dos informantes¹⁶.

Somente com o estudo das visões de mundo, significados, símbolos e experiências de vida, torna-se possível ao enfermeiro compreender as representações e práticas de cuidado,

particulares ou comum de uma ou mais culturas. Ao deter este saber, o enfermeiro poderia proporcionar um cuidado de enfermagem significativo e eficaz e sua prática estaria inserida no âmbito da Enfermagem Transcultural¹⁷.

Estudos culturais da enfermagem proporcionam benefícios para a qualidade e humanização dos serviços prestados, o que torna necessário a valorização da subjetividade dos seres humanos, a visão de mundo e as condições sociais destes. Além disso, através da aproximação com os informantes e com suas vivências é possível desenvolver um olhar diferenciado para as necessidades dos sujeitos¹⁹.

4.2.2 Cenário do estudo

O cenário do estudo correspondeu ao Bairro da Várzea do município do Recife, capital do estado de Pernambuco, e como cenário focal aponta-se o domicílio dos idosos, usuários cadastrados na ESF Sítio Wanderley, localizada no referido bairro, pertencente ao Distrito Sanitário IV.

A escolha desse distrito relacionou-se ao fato de a Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) realizar suas atividades de pesquisa, ensino e extensão nos Distritos Sanitários IV e V e, do bairro da Várzea, por ser o segundo com maior número de idosos da cidade do Recife-PE. A ESF Sítio Wanderley foi selecionada por ser uma das unidades do bairro com mais equipes, tendo três equipes, e abranger um número maior de usuários, além de ter apresentado disponibilidade prévia para a realização desta pesquisa, bem como autorização das três enfermeiras do local e carta de anuência da gerência do distrito sanitário IV (ANEXO A).

O Bairro da Várzea surgiu no século XVI, originário de uma pequena povoação do Engenho Santo Antônio, do qual formaram outras 16 fábricas de açúcar e formaram a Várzea do Capibaribe, de onde vinha a maior parte do açúcar. Foi na Várzea que funcionava o Novo Governo de Pernambuco, em 1645, sendo considerada a capital do estado durante a Guerra Holandesa. É neste bairro que foi erguida a Casa dos Brennand, um dos principais exemplares da arquitetura em ferro do Brasil⁴³.

Conforme dados da Secretaria de Controle e Desenvolvimento Urbano e Obras⁴⁴, o Bairro da Várzea, localizado na região oeste da cidade do Recife, tem uma área de 22,55 km², o que corresponde a 10,32% da área do Recife. O transporte público é feito por meio das

linhas de ônibus, que permitem a conexão com o centro da cidade e outros bairros, bem como à cidade de Camaragibe-PE. Quanto aos equipamentos municipais, o Bairro da Várzea conta com: creche, pré-escola e escolas; feira livre, seis Unidades de Saúde da Família (Campo do Banco, Brasilit, Sítio Wanderley, Rosa Selvagem, Amaury de Medeiros, Barreiras).

A população do bairro da Várzea é de 70.453 habitantes (4,58% do município), com 21.695 domicílios. No que se refere ao número de idosos, eles correspondem a um quantitativo de 6.842 indivíduos, o que representa 9,70% da população do bairro e 3,76% da população idosa de Recife⁶.

De acordo com a Secretaria Municipal de Saúde do Recife, a USF Sítio Wanderley (eleita para o presente estudo) é dividida em 16 microáreas, e conta com três equipes de saúde, que compreendem três enfermeiras, três médicos (porém um está afastado para fazer doutorado no exterior), dois médicos residentes, uma auxiliar de enfermagem, duas dentistas, duas auxiliares de saúde bucal, 16 ACSs e duas auxiliares de escritório. Nesta USF há, ainda, uma equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), que é composta por uma psicóloga, uma fonoaudióloga, duas assistentes sociais, uma terapeuta ocupacional, uma nutricionista e uma fisioterapeuta.

Concernente aos serviços de saúde oferecidos aos usuários, elencam-se: consultas de enfermagem voltadas para crianças, gestantes, puérperas, mulheres, hipertensos e diabéticos. Ressalta-se que não se desenvolvem consultas específicas para idosos. São oferecidas atividades educativas e físicas para grupos de hipertensos e diabéticos, bem como para grupo de homens, em que alguns idosos encontram-se inscritos nestas atividades.

O domicílio dos idosos participantes deste estudo configurou-se como cenário focal, pois foi nesse espaço que ocorreu o trabalho de campo. Ressalta-se que as entrevistas realizadas no cenário natural do trabalho de campo estão interessadas no contexto de vida e experiências dos entrevistados⁴¹.

4.2.3 Informantes do estudo

Os atores do estudo foram denominados informantes, de acordo com o método da etnoenfermagem proposto por Leininger, que podem ser subdivididos em informantes-chave, aqueles que possuem maior conhecimento sobre o foco do estudo, e informantes gerais,

aqueles que suas ideias podem estimular a reflexão do pesquisador acerca dos dados obtidos com os informantes⁴⁵. As informações dos informantes-chave e gerais ajudam a identificar a diversidade e universalidade de ideias sobre o fenômeno estudado¹⁶.

Os informantes do estudo foram os atores que participaram do cotidiano do informante-chave. Os informantes-chave foram os idosos e os informantes gerais foram ACSs, familiares e idosos de seu convívio.

Foram selecionados para a investigação os idosos indicados pelos ACSs, que atenderam aos seguintes critérios de inclusão:

- Ser cadastrado na ESF Sítio Wanderley de Recife-PE;
- Ser cognitivamente capaz de responder ao Mini Exame de Estado Mental - MEEM (ANEXO B), desenvolvido por Folstein⁴⁶ para avaliar a cognição do idoso e adaptado por Brucki⁴⁷, e pontuar acima dos pontos de corte estabelecidos por Bertolucci⁴⁸: 13 pontos para indivíduos sem escolaridade, 18 pontos para indivíduos com 1 a 8 anos incompletos de escolaridade e 26 pontos para indivíduos com 8 anos ou mais de escolaridade.

Como critérios de exclusão, tem-se:

- Apresentar deficiência auditiva ou de fala que comprometa a coleta de dados.
- Acometidos por sequelas de Acidente Vascular Cerebral, que comprometam a coleta de dados.

Como informantes gerais, participaram os que atenderam os seguintes critérios de inclusão:

- Ter idade igual ou superior a 18 anos;
- Ter convivência com o idoso, a ponto de contribuir com informações relevantes.

Como critério de exclusão dos informantes gerais, tem-se:

- Apresentar deficiência auditiva ou de fala que comprometa a coleta de dados.

O número de informantes foi estimado pelo quantitativo estabelecido por Leininger e McFarland¹⁶, sendo de seis a oito informantes-chave e 12 a 16 informantes gerais, na proporção de 1:2. Para definição do número exato, foi utilizada a saturação teórica, a qual ocorre quando começa haver redundância nas respostas dos sujeitos⁴¹, além de não haver mais dados de informantes e situações a serem observadas¹⁶, o que determinou o quantitativo de seis informantes-chave e 12 informantes gerais.

4.2.4 Construção dos dados

Os dados foram construídos por meio de visitas domiciliares aos idosos no período de março a agosto de 2014, as quais totalizaram quatro visitas para cada idoso e duraram, em média, 40 minutos. Realizou-se o contato prévio com a autoridade sanitária, a qual indicou uma enfermeira para mediar a entrada no campo. A pesquisadora se inseriu na reunião preexistente das enfermeiras com as equipes da USF para expor o projeto e esclarecer possíveis dúvidas acerca do objetivo e do percurso metodológico. Essa reunião aconteceu em uma sexta-feira, com início às 14 horas. Após essa etapa de apresentação, alguns ACSs responsáveis pelas áreas em que residiam os idosos agendaram datas para o acompanhamento da pesquisadora, de modo a viabilizar a entrada no cenário domiciliar com o respaldo de um profissional vinculado à USF Sítio Wanderley.

A primeira visita domiciliar ocorreu, necessariamente, na presença de um ACS. Estar acompanhada de um profissional de saúde vinculado à USF promoveu a receptividade dos idosos, o que facilitou a entrada e o trabalho de campo, em que foram feitas as apresentações pessoais necessárias e o projeto explicado ao idoso e aos demais informantes por intermédio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A; APÊNDICE B). Para os idosos que aceitaram participar, foi aplicado o MEEM e, para os idosos que atingiram a pontuação mínima foi preenchido o questionário sociodemográfico (APÊNDICE C) para caracterização e foi agendada uma segunda visita, conforme a disponibilidade dos mesmos. Salienta-se que a segunda visita domiciliar poderia ou não acontecer junto ao profissional da USF, conforme sua disponibilidade.

A partir desse momento, foi utilizado o modelo O-P-R (Observação-Participação-Reflexão) proposto por Leininger e McFarland, o qual foi parcialmente derivado da abordagem tradicional observação-participante usada na antropologia, em que foram acrescentadas ações de reflexão, que ajuda a focar todo o contexto antes de interpretar uma ideia ou experiência¹⁶. Esse modelo auxilia a proximidade com as pessoas, estuda o contexto e obtém dados precisos das pessoas estudadas. Para orientar a observação a ser realizada, foi utilizado um roteiro de observação, adaptado do modelo de Víctora, Knauth e Hassen⁴⁹ (APÊNDICE D). O modelo O-P-R compõe-se de quatro fases, apresentadas no Quadro 1. Ressalta-se que cada fase compreendeu uma visita domiciliar.

Quadro 1 Caracterização das fases da coleta de dados a partir do modelo O-P-R.

Fases	Caracterização, segundo Leininger e McFarland¹⁶	Procedimento de construção dos dados realizado neste estudo
I - Observação e escuta ativa	Observar e ouvir, contemplando o contexto cultural do idoso, obter ampla visão da situação sem que haja influência da participação da pesquisadora.	Foi observado o contexto domiciliar, as cenas culturais, atitudes, linguagem verbal e não verbal, ambiente interno e externo das residências, que foram registrados em diário de campo. Com o escutar ativo, se obtiveram informações sobre o que os idosos pensam e falam acerca de sua saúde.
II - Observação com limitada participação	Ocorre com continuação do foco na observação, porém inicia a interação com os informantes de forma limitada.	Manteve-se a observação do contexto domiciliar e se atentou para as atividades diárias dos informantes, iniciando conversas informais com os mesmos e observando as respostas e ações.
III - Participação com as observações continuadas	A participação será mais ativa e diminui a observação, porém não a elimina do estudo, pois precisa apreender com os informantes durante a sua participação e todas as ocorrências devem ser observadas.	Foi dada continuidade às observações das cenas e contexto cultural e, baseada em informações coletadas previamente, foram realizadas entrevistas com os idosos, a fim de compreender a sua visão de mundo e suas experiências.
IV - Reflexão e reconfirmação de resultados com informantes	Observações reflexivas a fim de perceber a sua influência e a de outros nos dados obtidos, sintetizá-los em uma sequência lógica e representá-los honestamente e confirmar seus dados com os informantes.	Foram feitas reflexões acerca dos achados e eventos cotidianos dos idosos, os quais foram registrados em diário de campo. Todos os dados foram confirmados por meio da discussão desses com os informantes.

As entrevistas, que ocorreram na terceira fase, foram baseadas em situações observadas em campo, direcionadas aos modos de viver dos idosos¹⁶. Foi utilizado um roteiro de entrevista semiestruturada (APÊNDICE E), composto pelas seguintes questões norteadoras: 1) O que o senhor faz no seu dia-a-dia? 2) Conte-me sobre suas atividades. 3) Quais atividades gostaria de participar que ajudaria o senhor a cuidar de si ou a ter saúde? 4) O que o senhor acha que seria importante aprender sobre a sua saúde?

As entrevistas com os idosos geralmente ocorreram no terraço ou na sala de estar e foram gravadas, transcritas e, posteriormente, validadas com os informantes entrevistados através da leitura da transcrição¹⁶ em uma próxima visita e, caso ele não concordasse com o conteúdo transcrito, as mudanças necessárias seriam realizadas para a validação dos dados

obtidos nas entrevistas, porém as mudanças se deram no acréscimo de novas informações. Salienta-se que foi realizado um estudo piloto da entrevista com os três primeiros idosos e não houve alterações significativas, o que possibilitou a inclusão dos mesmos na amostra.

Ressalta-se a importância das anotações durante todas as etapas do processo de construção de dados em um diário de campo¹⁶. Os registros foram realizados assim que a pesquisadora se ausentava do domicílio, para que pudesse registrar uma maior riqueza de detalhes. O diário de campo é um controle dos eventos e conversas diárias, que pode ser feito durante a observação ou logo após ela, pois o sucesso de todo estudo observacional depende da qualidade dos diários de campo⁴¹. O diário de campo serviu como apoio para o apontamento das experiências, dos problemas identificados e das percepções da pesquisadora.

No desenvolvimento da pesquisa, alguns eventos foram observados, especificamente, no local Bar da Kelly, localizado no Bairro da Várzea. Nesse ambiente, aconteceram atividades voltadas para os homens idosos da comunidade, como a Festa de Páscoa, Festa de São João, na qual também foi comemorada a Copa do Mundo, em que os homens responderam a um jogo de perguntas e respostas.

Durante o trabalho de campo, diversos foram os momentos de convite para um “café”. Foi impossível recusar a aquisição de um protetor solar labial, pois a idosa me incentivava à utilização de produtos para cuidar da pele. Em quase todas as visitas domiciliares, a pesquisadora recebeu o carinho dos idosos, semelhante ao ofertado pelos avós para os netos.

A saída do campo ocorreu de forma gradual, pois, durante as visitas domiciliares os idosos foram avisados quanto à chegada do término das visitas. Após a obtenção das informações, o trabalho de campo foi concluído, com o encerramento da construção dos dados.

4.2.5 Análise dos dados

A análise das informações foi alicerçada no referencial metodológico da TDUCC de Madeleine Leininger, o qual está imbricado à etapa da construção dos dados. Com esse método, iniciou-se a análise dos dados no primeiro dia da pesquisa e continuou-se a codificar, processar e analisar até todos os dados serem construídos¹⁶. Esse método de análise é composto por quatro fases, apresentadas no Quadro 2.

Quadro 2 Caracterização das fases da análise dos dados.

Fases	Caracterização, segundo Leininger e McFarland¹⁶	Análise dos dados neste estudo
I	Ocorre a coleta, descrição e registro de dados brutos de entrevistas de informantes-chave e gerais, observações feitas e experiências participativas, se fazem interpretações iniciais, além de registrar dados relacionados ao fenômeno em estudo, principalmente do foco emic e atenta-se para as ideias etic.	Foi feita leitura, releitura e reflexão dos achados registrados no diário de campo, a fim de compreender, reconhecer e interpretar o conteúdo das informações, identificar os informantes-chave e gerais e elaborar as descrições detalhadas do cenário de estudo.
II	Codificação e classificação dos dados. Os descritores emic e etic são identificados e categorizados dentro do contexto e por similaridades e diferenças.	Os dados foram estudados para identificar semelhanças e diferenças frente ao modo como os idosos expressam suas visões de mundo, significados e valores frente as suas necessidades de educação em saúde. A partir disso, os dados foram organizados em categorias e subcategorias, componentes da análise.
III	Examinação dos dados para identificar a saturação de ideias e padrões recorrentes de significados similares ou diferentes, expressões, formas estruturais, interpretações ou explicações dos dados relacionados ao domínio de inquirição. Os dados são examinados para mostrar padronização com respeito aos significados em contexto com mais credibilidade e confirmação de resultados.	As entrevistas foram transcritas, analisadas, comparadas e organizadas com as subcategorias anteriores, a fim de descobrir padrões de comportamento e significados. A validação dos dados foi feita com a apresentação das interpretações, componentes e subcategorias aos informantes para discussão e reflexão sobre os achados para identificar os padrões recorrentes, a consistência e credibilidade das informações.
IV	Requer síntese de pensamento, interpretação de resultados e formulação criativa de dados das fases anteriores. Deve-se abstrair e confirmar temas maiores, pesquisar resultados, recomendações e fazer novas formulações teóricas.	Os dados de fases anteriores foram analisados criativamente para a descoberta de temáticas. Foi feita reflexão das informações e se compararam com achados da literatura, bem como foram feitas possíveis reformulações e recomendações para ações a serem desenvolvidas com a população em estudo.

Salienta-se que durante todo o tempo, o pesquisador pode traçar os resultados da análise de dados voltando às fases anteriores, a fim de preservar o dado emic e confirmar resultados¹⁶. Outro aspecto a ser destacado da análise de dados é a preservação de declarações, significados e interpretações verbais relevantes dos informantes.

Na análise dos dados, deve-se atentar para termos linguísticos especiais e declarações literais, dados subjetivos e experienciais do conteúdo emic e etic. Os resultados apresentam os fatos etnohistóricos, visões de mundo, valores e crenças e outros aspectos que influenciam o cuidado cultural e saúde¹⁶.

4.2.6 Aspectos Éticos – Riscos e Benefícios

Para a realização do estudo nos domicílios dos idosos cadastrados na ESF Sítio Wanderley no bairro da Várzea, distrito sanitário IV da cidade de Recife, foi solicitada, à Secretaria Executiva de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde, carta de anuência.

Este estudo respeitou a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde⁵⁰, portanto, foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde/UFPE, previamente ao início da coleta de dados, sob o registro CAAE 26846314.2.0000.5208, parecer nº 526.502 (ANEXO C). Ressalta-se que foram respeitados os princípios da bioética (autonomia, beneficência, não maleficência e justiça) em todas as etapas da pesquisa.

Os informantes do estudo, idosos, familiares e ACSs, foram informados sobre o estudo e o objetivo do mesmo, sendo resguardado a qualquer momento o direito de desistir da participação, sem qualquer prejuízo em seu atendimento na USF. O TCLE (APÊNDICE A; APÊNDICE B) foi entregue a cada participante no primeiro contato realizado durante a visita domiciliar, bem como explicado o teor da pesquisa, os quais puderam solicitar maiores informações para esclarecimento de suas dúvidas, que foram prontamente fornecidas, além de garantir o anonimato dos participantes ao adotar pseudônimos. Para os idosos não alfabetizados, foi recolhida a impressão digital no TCLE, em substituição à assinatura. Assim, os informantes foram identificados por meio de códigos, com as letras IC (de informante-chave) e as letras IG (de informante geral), acompanhadas de número(s) absoluto(s) em ordem crescente, conforme sua inclusão no estudo.

Os documentos oriundos desta pesquisa, entrevistas gravadas e transcritas, termos de consentimentos livre e esclarecido assinados, serão arquivados por 5 anos no armário e computador, localizados na sala da área de Saúde Pública do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco, situado à Av. Prof. Moraes Rego, 1235 - Cidade Universitária, Recife - PE - CEP: 50670-901.

Este estudo envolveu o risco mínimo para os informantes por trazer algum constrangimento, em abordar questões de ordem pessoal e/ou ordem física ou psicológica, aqueles aos quais os mesmos estariam expostos em uma conversa informal, como cansaço e expressão de emoções decorrentes do assunto sobre o qual estávamos tratando e esteve assegurado o direito de interromper a participação na pesquisa a qualquer momento. Porém não houve a ocorrência de qualquer risco aqui mencionado.

Os benefícios estão relacionados à promoção do envelhecimento saudável através de educação em saúde que aborde o contexto cultural, com o intuito de contribuir para as práticas educativas realizadas com a população idosa. Como benefícios imediatos aos informantes, principalmente aos idosos, teve-se a escuta ativa por parte de um profissional de saúde que desenvolveu a pesquisa, sentir-se acolhido e respeitado nas suas necessidades.

5 RESULTADOS

Os resultados estão apresentados no formato de dois artigos científicos, sendo o primeiro uma Revisão Integrativa da Literatura e o segundo um Artigo Original.

5.1 Artigo de revisão integrativa^a

EDUCAÇÃO EM SAÚDE COMO PRINCIPAL ALTERNATIVA PARA PROMOVER A SAÚDE DO IDOSO

HEALTH EDUCATION AS MAIN ALTERNATIVE TO PROMOTE THE HEALTH OF THE ELDERLY

RESUMO

Trata-se de uma revisão integrativa que objetivou identificar as evidências científicas sobre as ações educativas em saúde voltadas à promoção da saúde do idoso. A busca dos artigos foi realizada nas bases de dados MEDLINE, LILACS, BDENF, CINAHL e biblioteca virtual SciELO por meio do cruzamento dos descritores Educação em Saúde, Idoso, Envelhecimento, Saúde do Idoso, Promoção da Saúde e Qualidade de vida, incluindo-se artigos publicados no período de 2003 a 2013, nos idiomas inglês, espanhol e português, realizados com idosos. Foram selecionados oito artigos, nos quais se percebeu a qualidade de vida e a promoção do envelhecimento saudável como fatores resultantes das estratégias de educação em saúde. As

^a Artigo aceito para publicação na Revista Ciência e Saúde Coletiva, formatado de acordo com as normas desta (ANEXO D). Publicado *online* sob a referência: Mallmann, DG, Souza, JC, Vasconcelos, EMR, Galindo Neto, NM. Educação em saúde como principal alternativa para promover a saúde do idoso. *Cienc Saude Colet* [periódico na internet] 2014 jul. [Acesso 2014 ago 03]; [cerca de 15 p.]. Disponível em: http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/artigo_int.php?id_artigo=15018

ações de educação em saúde para idosos necessitam de metodologias que atentem para a complexidade do processo de envelhecimento e relacionem os fatores que cercam o indivíduo, como as crenças, valores, normas e modos de vida.

Palavras-chave: Educação em saúde, Envelhecimento, Promoção da saúde, Idoso, Qualidade de vida.

ABSTRACT

This is an integrative review, which aimed to identify scientific evidence about the health educational activities directed at health promotion of the elderly. The search for articles was conducted in MEDLINE, LILACS, BDENF, CINAHL databases and the virtual library SciELO by crossing the descriptors Health Education, Aged, Aging, Health of the elderly, Health Promotion and Quality of Life, including articles published in the period 2003-2013, in English, Spanish and Portuguese, conducted with elderly. Were selected eight articles, in which it was realized the quality of life and the promotion of healthy aging as resulting factors of the strategies of health education. The actions of health education for the elderly require methodologies that attempt to the complexity of the aging process and list the factors surrounding the individual, such as beliefs, values, norms and ways of life.

Key words: Health education, Aging, Health promotion, Aged, Quality of life.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população vem ocorrendo nas últimas décadas em todos os países. Nos países desenvolvidos, como Estados Unidos e Itália, a proporção de idosos, no ano de 2000, alcançou 13% e 14,6%, respectivamente, e, na China e Índia, os números de idosos excedem a média dos países desenvolvidos¹. No Brasil, observam-se alterações no

topo da pirâmide etária, que é refletido pela proporção de idosos, a qual apresentou aumento desde 1991, quando era de 4,8%, já no ano de 2000 passou a ser de 5,9% e em 2010 de 7,4%². Com essa transição, a expectativa média de vida ao nascer é de 74 anos no Brasil, que ocupa a 80ª posição no ranking mundial da Organização Mundial da Saúde (OMS), no qual a primeira posição é ocupada pelo Japão (83 anos), segundo estatísticas mundiais de 2013³.

O processo de envelhecimento ocasiona modificações biopsicossociais no indivíduo, que estão associadas à fragilidade, a qual pode levar a maior vulnerabilidade^{4,5}. Com isso, muitas doenças podem surgir e gerar limitações ao idoso. É nesse contexto que os profissionais da saúde estão inseridos, a fim de promover a saúde do idoso e fazer com que o envelhecimento seja saudável e ativo, como preconizado nas políticas públicas de saúde. A promoção da saúde visa a diminuição da vulnerabilidade e dos riscos à saúde da população por meio da participação e controle social⁶. O envelhecimento ativo centra-se na otimização das oportunidades de saúde, na participação nas questões sociais, econômicas, culturais, espirituais e civis, além de segurança, a fim de melhorar a qualidade de vida dos idosos e aumentar a expectativa de vida saudável⁷.

Para tanto, são utilizadas estratégias de promoção do envelhecimento saudável, as quais devem ser ancoradas na educação em saúde, que proporciona a participação do indivíduo em grupos, favorece o aumento do controle de suas vidas, transforma a realidade social e política e empodera-o para decidir sobre sua saúde⁸. A educação em saúde é atividade a ser desenvolvida pelos profissionais da saúde, entre os quais está o enfermeiro, que é o principal ator no cuidado através da mesma, a qual estabelece a relação dialógico-reflexiva entre profissional e cliente e visa a conscientização deste sobre sua saúde e a percepção como participante ativo na transformação de vida⁹.

Nessa perspectiva, a educação em saúde é entendida como prática para a transformação dos modos de vida dos indivíduos e da coletividade e, conseqüentemente,

promover qualidade de vida e saúde. Desta forma, faz-se necessário conhecer as estratégias de educação em saúde que estão sendo utilizadas com os idosos a fim de identificar determinadas lacunas acerca do envelhecimento, como a carência de estudos sobre as atividades realizadas nos serviços de saúde que respondam às necessidades dos idosos e visem a promoção da saúde¹⁰. Assim, objetiva-se identificar as evidências científicas sobre as ações educativas em saúde voltadas à promoção da saúde do idoso.

MÉTODO

Este estudo constitui-se de uma revisão integrativa a fim de reunir e sintetizar resultados de pesquisas sobre um determinado tema, de forma sistemática e ordenada, proporcionar o aprofundamento do conhecimento acerca de lacuna no tema investigado e permitir a síntese de vários estudos publicados e conclusões gerais de uma particular área de estudo¹¹.

Para a realização desta revisão, foram utilizadas as seguintes etapas: identificação do tema e elaboração da questão de pesquisa, estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos, definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados, avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa, interpretação dos resultados e síntese do conhecimento¹¹.

A coleta de dados ocorreu nos meses de agosto a outubro de 2013 e foi realizada pela busca *online* de artigos que respondessem a seguinte questão de pesquisa: Quais as evidências científicas sobre as práticas de educação em saúde voltadas a promoção da saúde do idoso? Considerou-se idoso conforme a definição do Estatuto do Idoso, a pessoa com idade igual ou superior a 60 anos¹².

A coleta dos artigos foi realizada por meio da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), em que utilizou-se as bases de dados: Literatura Internacional em Ciências da Saúde (MEDLINE), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Bases de Dados em Enfermagem (BDENF), bem como foi realizada também na Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL) e na biblioteca virtual Scientific Electronic Library Online (SciELO).

Os descritores utilizados foram Educação em Saúde, Idoso, Envelhecimento, Saúde do Idoso, Promoção da Saúde e Qualidade de vida, e suas respectivas traduções padronizadas no Descritores em Ciências da Saúde (DECS). Inicialmente, utilizou-se a busca pelos artigos através do descritor Educação em Saúde e, posteriormente, realizou-se os cruzamentos dos descritores, a saber: “educação em saúde” *and* “idoso” *and* “promoção da saúde”, “educação em saúde” *and* “envelhecimento” *and* “promoção da saúde”, “educação em saúde” *and* “saúde do idoso” *and* “promoção da saúde”, depois a troca do descritor “promoção da saúde” pelo descritor “qualidade de vida”. A partir desses cruzamentos, retornaram 1.651 publicações (MEDLINE = 713, LILACS = 56, BDENF = 10, CINAHL = 842, SciELO = 30).

Como critérios de inclusão para a seleção da amostra estabeleceram-se: artigos publicados no período de 2003 a 2013, nos idiomas inglês, espanhol e português, disponíveis na íntegra e realizados especificamente com idosos. A opção por esse período de publicação justifica-se pela constatação, baseada na busca bibliográfica, que pesquisas no campo da educação em saúde e promoção da saúde do idoso são mais expressivas a partir de 2003, ano da criação do Estatuto do Idoso. Foram excluídos artigos de reflexão e relatos de experiência, revisões sistemática e integrativa, dissertações, teses, editoriais de jornais sem caráter científico. Aqueles duplicados em mais de uma base foram considerados somente uma vez. Após a aplicação dos critérios e o refinamento da busca a partir da leitura dos resumos dos artigos pré-selecionados, a amostra restringiu-se a 11 artigos.

Para a coleta de dados, foi utilizado um instrumento, já validado, que contempla: identificação do artigo, introdução e objetivos, características metodológicas do estudo, resultados e conclusão¹³. Desse modo, foi possível avaliar o rigor metodológico dos estudos e os níveis de evidência de cada artigo. Os níveis de evidência são avaliados, hierarquicamente, de acordo com o tipo de metodologia do estudo, que são divididos em: I) meta-análise de estudos clínicos controlados e randomizados; II) estudo de delineamento transversal; III) pesquisa quase-experimental; IV) estudos não-experimentais, descritivos ou com abordagem metodológica qualitativa, ou estudos de caso; V) relatórios de caso ou dado obtido de forma sistemática, de qualidade verificável ou estudo de avaliação de programas; VI) opiniões de especialistas¹⁴.

Para a análise e avaliação da relevância e adequação da metodologia dos artigos selecionados, foi utilizado instrumento adaptado do Critical Appraisal Skills Programme (CASP) - Programa de ensino de leitura crítica, que foi previamente validado¹⁵, o qual aborda os seguintes conteúdos: clareza na identificação dos objetivos, adequação e apresentação da metodologia, adequação da seleção amostral, detalhamento da coleta de dados e da relação entre pesquisador e participante, cumprimento dos aspectos éticos, rigor na análise dos dados, apresentação e discussão dos resultados e importância da pesquisa. Neste estudo, optou-se por selecionar os artigos que respondessem a, no mínimo, 70% das questões, considerado, portanto, com boa qualidade metodológica e viés reduzido. Salienta-se que a análise e avaliação dos estudos foram realizadas por dois avaliadores. Portanto, após a avaliação metodológica, a amostra desta revisão constituiu-se de oito artigos.

Para a síntese e apresentação dos resultados, utilizou-se instrumento que contém: identificação do artigo; base de dados; nível de evidência; ano; objetivos; método; práticas de educação em saúde e principais resultados. Ao analisar os estudos, a partir da leitura do texto na íntegra, fez-se categorização temática emergente dos resultados dos artigos da amostra: 1)

Qualidade de vida como fator resultante da educação em saúde; e 2) Promoção da saúde através de Educação em saúde.

RESULTADOS

A busca bibliográfica na base de dados MEDLINE apresentou um total de 713 resultados que, após seleção segundo os critérios definidos neste estudo, foram reduzidos a oito artigos. Na base de dados LILACS, retornaram 56 resultados, dos quais três foram qualificados para este estudo. Na base de dados BDENF, encontraram-se 10 resultados, dos quais dois se enquadraram nos critérios do estudo presentes. Na base de dados CINAHL, emergiram 842 publicações, das quais 14 se adequaram a este estudo. Na biblioteca virtual SciELO, retornaram 30 resultados, que foram reduzidos a nove artigos. Dos 36 artigos qualificados, três não atingiram rigor metodológico satisfatório e 25 estavam duplicados, pois apareceram em duas ou mais bases de dados. Restaram, portanto, oito artigos que foram detalhadamente analisados.

Dos oito artigos, quatro foram publicados em português¹⁶⁻¹⁹, três em inglês²⁰⁻²² e um em espanhol²³. Entre os países em que foram realizados os estudos estão Bangladesh, México, Japão, Espanha e Brasil. Em relação aos anos de publicação dos artigos, pode-se considerar que grande parte é atualizada, uma vez que cinco foram publicados a partir de 2009.

Nos artigos avaliados, em relação ao método de estudo, evidenciou-se que cinco são quantitativos e três qualitativos. Quanto à força das evidências, foram identificados dois artigos de evidência nível II (um ensaio clínico e um estudo de medidas repetidas), dois de evidência nível III (quase experimental), três de evidência nível IV (dois estudos de pesquisa-ação, um estudo descritivo) e um de evidência nível V (avaliação de programa).

Nas publicações científicas estudadas, as ações educativas em saúde voltadas para a promoção da saúde do idoso foram representadas por programas educativos com grupo de idosos sobre atividade física, estado nutricional e apoio social²³ com palestras, conselhos e aulas de exercícios físicos²¹ e exercícios cinético-funcionais¹⁶, bem como utilizaram a educação popular em saúde para discutir temas de interesse dos idosos¹⁹; oficinas com orientações e recomendações sobre atividade física e hábitos alimentares²⁰, através de palestras, apresentações, discussões de casos²², aulas expositivas dialogadas, recorte e colagem, explosões de ideias, dramatização e fórum de discussões¹⁷; aconselhamento realizado em grupo^{20,22}; uso das artes cênicas¹⁸ e distribuição de cartazes e folhetos²⁰. A síntese das publicações está descrita na Tabela 1, onde os estudos foram identificados pelos autores, em ordem crescente de nível de evidência.

Tabela 1 Síntese dos resultados quanto às variáveis: autores, ano, base de dados, nível de evidência, objetivos, método, práticas de educação em saúde utilizadas e principais resultados.

Autores / Ano	Objetivos	Método / Práticas educativas realizadas	Principais Resultados
/ Base de dados / Nível de evidência			
Zabalegui et al. ²³	Determinar a eficácia, ao longo de 12 meses, do Programa Educativo de Autocuidado do Idoso (PECA) sobre a qualidade de vida, o estado nutricional e o apoio social percebido de pessoas maiores de 65 anos que vivem em seu próprio domicílio.	Ensaio clínico, aleatorizado. Programa educativo sobre atividade física, estado nutricional e apoio social.	Encontraram-se diferenças estatisticamente significativas entre observações pré e pós-intervenção no estado nutricional.
2006			
MEDLINE			
II			

Rana et al. ²⁰ 2009 MEDLINE II	Examinar se a aderência das atividades de intervenção de educação em saúde contribui para melhorar a qualidade de vida geral e suas dimensões específicas.	Estudo de intervenção. Aconselhamento, reuniões de grupos e oficinas com orientações e recomendações sobre atividade física e hábitos alimentares e distribuição de cartazes e folhetos.	No grupo não aderente as probabilidades de escores maiores foram menos prováveis na qualidade de vida global. Entre o grupo controle, escores maiores foram menos prováveis nas dimensões física, espiritual, social, ambientais e qualidade de vida global.
Tamari et al. ²¹ 2012 MEDLINE III	Examinar os efeitos de curto prazo de um programa educacional de 3 meses estruturado na qualidade de vida entre os residentes na comunidade de povo japonês com 65 anos e mais velhos.	Estudo de intervenção de braço único pareado por idade, sexo e índice de massa corporal. Programa educacional através de palestras, conselhos, aulas de exercícios físicos em grupos.	Melhorias significativas foram observadas nas subescalas de saúde e de vida gerais do Short-Form 36 no grupo educativo.
Costa, Rocha, Oliveira ¹⁶ 2012 SciELO III	Investigar se o nível de qualidade de vida da terceira idade é influenciado pela utilização de exercícios psicomotores como estratégia de educação em saúde.	Estudo descritivo, de abordagem quantitativa e delineamento quase experimental apenas com o pós-teste. Grupo educativo de exercícios cinético-	Os domínios físico, psicológico, relações social e ambiental e qualidade de vida total apresentaram diferenças estatísticas significantes entre idosos ativos e inativos, bem como no

		funcionais.	teste de Berg, que avaliou o equilíbrio funcional.
Maldonado, Muñoz, Núñez ²² 2007 MEDLINE IV	Analisar os fatores que contribuem para a capacitação dos idosos em uma comunidade rural mexicana para promover o envelhecimento ativo contínuo e sistemático.	Estudo de intervenção baseado no paradigma pesquisa-ação. Grupos de idosos, oficinas com palestras, apresentações, discussões de casos.	Fatores que influenciaram positivamente o treinamento dos idosos para um envelhecimento ativo foram ensinamentos sobre gerontologia, motivação, autoestima, responsabilidade, sentimento de pertença ao grupo e a partilha de informações.
Martins et al. ¹⁷ 2007 CINAHL IV	Conhecer as necessidades de educação em saúde do idoso que frequenta grupos de terceira idade.	Estudo exploratório, descritivo e analítico, com abordagem quantitativa. Atividades e técnicas grupais, com aulas expositivas dialogadas, recorte e colagem, explosões de ideias, dramatização, oficinas e fórum de discussão.	As atividades sugeridas pelos idosos foram verificação de pressão arterial e controle de glicemia capilar, palestras com equipe multiprofissional, acompanhamento de equipe multiprofissional, passeios, yoga e caminhadas.
Campos et al. ¹⁸	Elaborar uma intervenção de enfermagem em	Pesquisa-ação. Artes cênicas com	O teatro contribuiu para a ampliação da rede

2012 LILACS IV	educação em saúde, com enfoque na promoção à saúde de um grupo de idosos, utilizando as artes cênicas como ferramenta.	grupo de idosos.	social, da autodeterminação, do humor e na descoberta de novas possibilidades de viver/envelhecer.
Patrocinio, Pereira ¹⁹ 2012 SCIELO V	Implantar e analisar os efeitos de um programa de educação popular em saúde dirigido a idosos comunitários sobre as atitudes dos mesmos em relação à própria existência nessa etapa de suas vidas.	Estudo de intervenção. Programa educativo com grupo de idosos a partir de discussões pautadas nos pilares da educação popular em saúde.	Houve diminuição estatisticamente significativa na frequência de atitudes negativas, aumento das positivas e aumento da percepção de que a velhice comporta tanto ganhos quanto perdas.

As temáticas dos artigos que compuseram a amostra deste estudo compreendem a educação em saúde relacionada à qualidade de vida, ao envelhecimento ativo e à promoção da saúde, em que todas abrangeram os descritores utilizados na coleta de dados, o que confirma a adequação dos artigos à temática em estudo. A divisão dos estudos conforme a categoria temática está apresentada na Tabela 2.

Tabela 2 Categorias temáticas de acordo com divisão dos estudos.

Categoria temática	Caracterização da temática	Referência dos estudos
Qualidade de vida como fator resultante da educação em saúde	A qualidade de vida é considerada resultado de estratégias de educação em saúde, que podem ser desenvolvidas através de programas educacionais e atividades educativas grupais.	16; 20; 21; 23
Promoção da saúde através de educação em saúde	A educação em saúde promove a saúde dos idosos ao passo que estimula e capacita-os para mudanças e busca de estilo de vida mais saudáveis.	17; 18; 19; 22

DISCUSSÃO

Qualidade de vida como fator resultante da educação em saúde

O processo de envelhecer com qualidade de vida é consequência do viver sem incapacidades, com autonomia para o desempenho de suas funções, o que propicia independência, ao idoso, no contexto sócio econômico e cultural¹⁶. Nesse âmbito, entende-se qualidade de vida como a adaptação do indivíduo ao meio em que vive em diferentes épocas e culturas sociais¹⁹.

Como meio de promover a qualidade de vida na terceira idade, autores¹⁶ afirmam que a atividade física está entre os principais fatores por apresentar efetividade para todas as populações, melhorar a saúde e facilitar os contatos sociais, desde que seja adaptada à faixa etária do indivíduo. Este estudo, realizado na cidade de Patos-PB, obteve como resultado que

o idoso que pratica exercícios físicos regularmente e manter uma vida social e atividade mental ativa pode manter a independência e viver com um bom nível de qualidade de vida¹⁶.

Esses resultados podem ter sido positivos devido à interação entre atividade física, vida social e saúde mental, pois ao incentivar a prática de atividades físicas como ação de educação em saúde, promove-se a interação do idoso com outras pessoas e estimulam-se as atividades mentais através da sua participação ativa. Além disso, a literatura menciona que a atividade física pode contribuir na melhora das atividades de vida diária e no bem-estar emocional, além de impactar a percepção de qualidade de vida²⁴.

Outro estudo que utilizou a atividade física como meio para melhorar a qualidade de vida na terceira idade foi realizado no distrito de Chandpur, Bangladesh e objetivou examinar se a aderência das atividades de intervenção de educação em saúde contribui para melhorar a qualidade de vida geral e suas dimensões específicas. Os aspectos utilizados na intervenção incluíram atividades físicas e recomendações sobre hábitos alimentares, que foram abordados através de grupos e oficinas, bem como cartazes e folhetos. Abordou ainda o aspecto social ao promover a realização de teatro popular, com documentários em vídeos, workshops e reuniões de grupos na comunidade. Os resultados encontrados demonstraram que a adesão às atividades propostas contribuiu para a melhoria da qualidade de vida dos participantes²⁰.

Embora esse estudo tenha apresentado resultados positivos quanto à melhora da qualidade de vida na participação nas atividades, a literatura cita a baixa prevalência de aconselhamento à prática de atividade física para adultos e idosos nas unidades básicas de saúde²⁵, fato preocupante visto a possibilidade de interação entre profissional e cliente nesses serviços, além de entender que a prática do aconselhamento para a saúde está associada à educação em saúde e à prática de todos os profissionais da saúde.

Corroborando a esses achados, estudo realizado no Japão concluiu que um programa educacional centrado nos conhecimentos e exercícios físicos pode melhorar a qualidade de

vida. Entre as ações realizadas, destacam-se o feedback aos idosos sobre resultados de exames iniciais, possibilitando a eliminação do estresse emocional e o incentivo da busca de estratégias para lidar com as condições de saúde e aumentar o nível de conhecimento de saúde e a autoeficácia dos idosos, indispensável para a qualidade de vida²¹. O feedback tem uma função motivadora para o receptor, principalmente, quando é positivo²⁶ e pode servir como estratégia a ser utilizada imbricada nas ações educativas em saúde, pois proporcionará, ao idoso, informações sobre seu estado atual de saúde e poderá provocar mudanças positivas no seu estilo de vida.

Os resultados também sugerem que os programas educacionais podem melhorar a percepção de saúde e a vitalidade dos idosos, porém o número de comorbidades pode interferir nos efeitos dos programas de educação e de exercícios²¹. Contudo, as atividades de educação em saúde, principalmente, as realizadas em grupo, podem contribuir na saúde do idoso com comorbidades, promover a sua saúde e prevenir os agravos²⁷. Percebe-se a necessidade de focar em programas educativos para idosos com morbididades e não pensar que o número das comorbidades poderá afetar o desempenho e os resultados, mas entender que essas práticas poderão beneficiar a saúde desses indivíduos.

Os programas educacionais são meios para a promoção da qualidade de vida, tanto em curto ou longo prazo, como no estudo realizado em Barcelona, em que o programa incluiu parâmetros de atividade física, estado nutricional e apoio social. Esse estudo determinou que o Programa Educativo de Autocuidado do Idoso (PECA) não teve efeito nas percepções de saúde e apoio social, somente no âmbito do estado nutricional, o que pode ter sido causado pela homogeneidade da amostra em estudo, que tinha boa condição de saúde e rede social, além de apresentar autonomia ao passo que realizava previamente o teste de Pfeiffer. Apesar das limitações, a participação nesse tipo de intervenção educativa pode fortalecer o relacionamento dos idosos com os profissionais de saúde²³.

As intervenções educativas podem ser abordadas de diversas maneiras, entre as quais se destacam as atividades grupais, que podem promover a interação social e auxiliar na melhoria da qualidade de vida, o que dependerá dos meios utilizados para conduzir tais atividades, a abordagem dos assuntos e das necessidades dos idosos. Para melhoria dos domínios físico, psicológico e social, bem como a autonomia do idoso, os quais impactam diretamente a qualidade de vida, o enfermeiro pode promover ações educativas grupais, a fim de estreitar o vínculo com o idoso, identificar os fatores que interferem na sua autonomia e desenvolver as ações em conjunto.

Na análise dos estudos, percebeu-se que há evidências na literatura científica de ações educativas que busquem a participação ativa dos idosos, todavia, ainda são consideradas inadequadas para provocar mudanças de comportamento nos sujeitos e inapropriadas por utilizarem metodologias que não condizem com os princípios da educação em saúde. Intervenções educativas são iniciativas que podem melhorar a qualidade de vida na terceira idade^{16,20,21,23,28} e, os profissionais de saúde devem promover a participação ativa dos idosos nas atividades¹⁶, as quais devem ser baseadas nas necessidades elencadas pela população²⁸.

Promoção da saúde através de educação em saúde

A educação em saúde é um dos aspectos principais na promoção do envelhecimento ativo²², em que as especificidades da velhice podem ser adaptáveis a uma vida saudável e ativa¹⁷. O envelhecimento ativo abrange a prevenção e controle de doenças, atividade cognitiva e social, participação social e comportamentos de saúde¹⁹. Nesse âmbito, cabe à educação em saúde promover hábitos de vida saudáveis ao articular saberes técnicos e populares e mobilizar recursos individuais e coletivos²⁹.

O trabalho coletivo incita a elaboração de programas educacionais para a promoção da saúde voltados à população idosa. Salienta-se que para promover a saúde por meio de intervenções educativas deve-se considerar o modo de pensar e viver dos participantes¹⁷, pois, frequentemente, a educação em saúde é confundida com a transmissão de informação em saúde, o que desconsidera o saber popular²⁹. Nessa faceta, a educação popular ganha importância, uma vez que os conteúdos e ações partem dos conhecimentos populares e do contexto em que vivem os participantes^{19,29}. Ao abordar o contexto em que vivem, torna-se indispensável atentar para o processo de envelhecimento que acomete os idosos, a fim de potencializar as suas capacidades e incentivar as mudanças que possam promover o envelhecimento saudável.

Esta perspectiva foi encontrada em um estudo realizado no México que mostrou a possibilidade de capacitar os idosos através de programa educacional ao proporcionar espaços de mudança social e emocional, bem como a interação dos idosos, além de demonstrar o quão capaz o idoso é quando possui as ferramentas necessárias para desenvolver estratégias de mudanças²². A capacidade funcional do idoso é influenciada pela prática de atividades, promove a sua inserção na comunidade, através dos vínculos criados tanto na família como entre amigos e estimula a busca por mudanças e melhoria de saúde³⁰. Para manter a capacidade funcional do idoso, devem-se planejar ações que promovam a saúde e previnam os agravos decorrentes do processo de envelhecimento, em que o idoso se perceba como uma pessoa ativa.

Nesse sentido, estudo realizado em Campinas/SP, que objetivou implantar e analisar um programa de educação popular em saúde para idosos, encontrou, como resultados, que os idosos, como agentes educativos de seu processo, apresentaram mudanças atitudinais nos hábitos de vida e na saúde. Além disso, os autores afirmam que houve mudanças na imagem

de velhice, com mais opiniões positivas, além da interação dos idosos que proporciona um sentimento de companheirismo na velhice¹⁹.

Aspectos que são comumente entendidos como influentes na imagem de velhice estão associados ao meio social, em que o idoso se percebe como é visto no seu meio social e como ele se vê influencia na forma como os outros o veem³¹. As ações educativas em saúde precisam estar voltadas para a promoção da saúde do idoso e, assim, para a melhora da autoestima e autoimagem desse idoso, a fim de manter o seu equilíbrio sócio e psicoemocional.

Aumento da autoimagem e autoestima dos idosos também foi observado no estudo realizado em Recife/PE, o qual a estratégia de educação em saúde para promover a saúde de idosos foi as artes cênicas. Esta estratégia proporcionou momentos de escuta e acolhimento, ao passo que os idosos expressavam suas vivências, estabeleceu relações interpessoais e contribuiu para a participação ativa de todos¹⁸. A maioria dos estudos que tratam da autoimagem e autoestima dos idosos está relacionada à atividade física, fato que eleva a originalidade e importância da metodologia utilizada nesse estudo, além de evidenciar a relevância do lúdico nas ações educativas em saúde.

Os achados dessa intervenção educativa mostraram que a mesma cooperou para a ampliação da rede social dos idosos, da autodeterminação, melhoria do nível de humor, descoberta de novas maneiras de viver/envelhecer, articulou saberes e conhecimentos, propiciou a participação e empoderamento dos idosos, a partir de suas vivências e reflexão para mudanças¹⁸.

A rede social dos idosos é considerada importante para a manutenção da sua qualidade de vida e promoção da saúde e, a relação entre o apoio social e a capacidade funcional dos idosos deve ser mais explorada, para o benefício mútuo³², além de que os atores da rede social do idoso devem estar inseridos nas estratégias de educação em saúde.

As mudanças em comportamentos e atitudes dos idosos provêm de ação educativa que respeita os valores e crenças, compartilha os saberes dos idosos e propicia um espaço em que todos aprendam, ensinem e produzam novos conhecimentos ao levar em conta os aspectos do envelhecimento. Para isso, é necessário conhecer as características sociais e culturais da população idosa, a forma que percebem seus problemas de saúde e como os resolvem¹⁷. Pouco se tem abordado na literatura sobre o conhecimento dos aspectos sociais e culturais do idoso, os quais são fatores que influenciam as suas necessidades, tornando-se uma lacuna do conhecimento no âmbito das ações educativas em saúde.

Portanto, antes de desenvolver ações de educação em saúde, é imperativo conhecer as necessidades do idoso, como foi realizado em estudo na cidade de Florianópolis/SC, que apresentou como atividades sugeridas pelos idosos: verificação de pressão arterial e controle de glicemia, palestras com equipe multiprofissional, passeios, yoga e caminhadas. Ademais, os autores afirmam que são essenciais ações educativas para o autocuidado a fim de incorporar práticas saudáveis no dia a dia do idoso, a partir da interação profissional-idoso¹⁷. Esse estudo foi o único dos estudos analisados que teve essa abordagem, porém poderia ter dado maior ênfase aos aspectos culturais e utilizar metodologias ativas como estratégias para satisfazer as necessidades elencadas pelos idosos.

Portanto, é imprescindível perceber o idoso como sujeito ativo dentro de sua comunidade, capaz de promover mudanças e aumentar a autoconfiança, além de compartilhar saberes e, ao fazer isso, promover ações de educação em saúde junto a outros idosos, sua família e comunidade²². Como exemplo de participação ativa encontrada nos estudos analisados, tem-se a educação em saúde por meio do teatro, em que os idosos podem assumir uma atitude de autoconfiança e crescimento pessoal e romper sua rotina diária¹⁸.

Desse modo, ressaltam a importância de focalizar, nas práticas de educação em saúde, a independência, autonomia e a satisfação da vida dos idosos, se devem considerar as

alterações que ocorrem com o processo de envelhecimento, também foi enfatizado que os grupos representam um espaço de educação em saúde que estimula o convívio social, onde utiliza-se o diálogo como aspecto fundamental para o alcance da promoção da saúde¹⁷. O diálogo é indispensável nas práticas educativas para a construção compartilhada do conhecimento, em que o enfermeiro deve olhar o contexto em que estão as pessoas que ele cuida e construir com elas, e, a partir delas, um processo contínuo dialógico para buscar a saúde³³.

Quando as ações de educação em saúde são feitas participativa e dialogicamente, o conhecimento prévio e a história de vida dos participantes são valorizados, o que transforma os idosos em agentes educativos¹⁹. Assim, os profissionais da saúde, principalmente o enfermeiro, devem propor ações inovadoras, que atendam os idosos de forma integral¹⁸, com perspectiva holística e transdisciplinar¹⁷, além de perceberem a velhice como uma fase diferente e não de perdas¹⁹.

Ênfase merece ser dada ao entendimento de que quando as ações de educação em saúde são realizadas levando em consideração todos os aspectos supracitados e ao adotar a disciplinaridade, pluridisciplinaridade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade, elas promovem o desenvolvimento do conhecimento e a saúde dos idosos envolvidos^{17,34}.

Essas ações podem usar diversas metodologias, como apresentaram os estudos analisados: grupos educativos, teatralização e programas educacionais que podem envolver desde atividades físicas até hábitos alimentares. Porém, para que a educação em saúde seja realizada conforme preconizada, deve-se trabalhar em conjunto com os idosos e não depositar neles a responsabilidade pela aquisição de hábitos saudáveis, pois necessita-se da integração dos aspectos físico, emocional e social para que haja a promoção do envelhecimento ativo^{29,34}.

CONCLUSÃO

Diante dos resultados, pode-se destacar que a relevância da educação em saúde para a promoção do envelhecimento saudável parece não estar sendo investigada nas pesquisas científicas, considerando a incipiência das publicações sobre a temática no período estudado. Além disso, poucos estudos destacaram a participação da família nas atividades educativas e que estas devem satisfazer as necessidades dos idosos, o que pode dificultar a adesão do idoso nas práticas. Estas lacunas existentes no meio científico determinam a necessidade de intervenções inovadoras de educação em saúde que instiguem a criatividade e sejam promotoras da participação ativa de todos os envolvidos.

As ações de educação em saúde para idosos necessitam de metodologias que atentem para a complexidade do processo de envelhecimento e relacionem os fatores que cercam o indivíduo, como as crenças, valores, normas e modos de vida. Assim, deve-se implementar novas ações, baseadas nos princípios da educação em saúde e mais condizentes com as necessidades dos idosos, pois somente levando em consideração os conhecimentos, a cultura e o meio em que vivem os idosos é que se obterão os resultados almejados com tal prática.

Dessa forma, mais pesquisas nesta temática são necessárias para aumentar as evidências científicas e ampliar o desenvolvimento de ações educativas em saúde voltadas para a promoção da saúde do idoso.

REFERÊNCIAS

1. Gottlieb MG, Schwanke CH, Gomes I, Cruz IB. Envelhecimento e longevidade no Rio Grande do Sul: um perfil histórico, étnico e de morbi-mortalidade dos idosos. Rev Bras Geriatr Gerontol 2011; 14(2):365-80.

2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2010. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2011.
3. World Health Organization (WHO). World Health Statistics 2013. [cited 2013 dec 15]. Available from: http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2013/en/
4. Lang PO, Michel JP, Zekry D. Frailty syndrome: a transitional state in a dynamic process. *Gerontology* 2009; 55(4):539-49.
5. Vieira RA, Guerra RO, Giacomini KC, Vasconcelos KSS, Andrade ACS, Pereira LSM, Dias JMD, Dias RC. Prevalência de fragilidade e fatores associados em idosos comunitários de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil: dados do Estudo FIBRA. *Cad Saúde Pública* 2013; 29(8):1631-43.
6. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Política nacional de promoção da saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
7. World Health Organization. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2005.
8. Rumor PCF, Berns I, Heidemann ITSB, Mattos LHL, Wosny AM. A promoção da saúde nas práticas educativas da saúde da família. *Cogitare enferm* 2010; 15(4):674-80.

9. Souza LB, Torres CA, Pinheiro PNC, Pinheiro AKB. Práticas de educação em saúde no Brasil: a atuação da enfermagem. Rev enferm UERJ 2010; 18(1):55-60.
10. Girondi JBR, Santos SMA. Deficiência física em idosos e acessibilidade na atenção básica em saúde: revisão integrativa da literatura. Rev Gaúcha Enferm 2011; 32(2):378-84.
11. Mendes KDS; Silveira RCCP; Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Texto & contexto enferm 2008; 17(4):758-64.
12. Ministério da Saúde. Estatuto do Idoso. 2^a Ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
13. Pompeo DA. Diagnóstico de enfermagem náusea em pacientes em período pós-operatório imediato: revisão integrativa da literatura [dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2007.
14. Stetler CB, Morsi D, Rucki S, Broughton S, Corrigan B, Fitzgerald J, Giuliano K, Havener P, Sheridan EA. Utilization-focused integrative reviews in a nursing service. Appl Nurs Res 1998; 11(4):195-206.
15. Toledo MM. Vulnerabilidade de adolescentes ao HIV/AIDS: revisão integrativa [dissertação]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Universidade de São Paulo; 2008.

16. Costa M, Rocha L, Oliveira S. Educação em saúde: estratégia de promoção da qualidade de vida na terceira idade. *Revista Lusófona de Educação* 2012; 22:123-140.
17. Martins JJ, Barra DCC, Santos TM, Hinkel V, Nascimento ERP, Albuquerque GL, Erdmann AL. Educação em saúde como suporte para a qualidade de vida de grupos da terceira idade. *Rev eletrônica enferm* [periódico na Internet]. 2007 [acessado 2013 set 15];9(2):443-56. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n2/v9n2a12.htm>
18. Campos CNA, Santos LC, Moura MR, Aquino JM, Monteiro EMLM. Reinventando Práticas De Enfermagem Na Educação Em Saúde: Teatro Com Idosos. *Esc Anna Nery Ver Enferm* 2012; 16(3):588-96.
19. Patrocinio WP, Pereira BPC. Efeitos da educação em saúde sobre atitudes de idosos e sua contribuição para a educação gerontológica. *Trab Educ Saúde* 2013; 11(2):375-94.
20. Rana AKMM, Wahlin A, Lundborg CS, Kabir ZN. Impact of health education on health-related quality of life among elderly persons: results from a community-based intervention study in rural Bangladesh. *Health Promotion International* 2009; 24(1):36-45. doi:10.1093/heapro/dan042
21. Tamari K, Kawamura K, Sato M, Harada K. Health education programs may be as effective as exercise intervention on improving health-related quality of life among Japanese people over 65 years. *Australasian Journal on Ageing* 2012; 31(3):152-8. doi: 10.1111/j.1741-6612.2011.00558.x

22. Maldonado MLM, Muñoz EC, Núñez VMM. Program of active aging in a rural Mexican community: a qualitative approach. *BMC Public Health* 2007; 7:276. doi: 10.1186/1471-2458-7-276
23. Zabalegui A, Escobar MA, Cabrera E, Gual MP, Fortuny M, Mach G, Ginesti M, Narbona P. Análisis del programa educativo PECA para mejorar la calidad de vida de las personas mayores. *Aten Primaria* 2006; 37(5):260-5.
24. Campos MO, Maciel MG, Rodrigues Neto JF. Atividade física insuficiente: fatores associados e qualidade de vida. *Rev Bras Ativ Fis Saúde* 2012; 17(6):562-72.
25. Siqueira FV, Nahas MV, Facchini LA, Silveira DS, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Hallal PC. Aconselhamento para a prática de atividade física como estratégia de educação à saúde. *Cad Saúde Pública* 2009; 25(1):203-13.
26. Liz CM, Panariello JM, Viana MS, Brandt R. O papel do feedback na motivação de praticantes de exercício resistido. *Rev Bras Ativ Fis Saúde* 2012; 17(4):275-8.
27. Dias FA, Tavares DMS. Fatores associados à participação de idosos em atividades educativas grupais. *Rev Gaúcha Enferm* 2013; 34(2):70-7.
28. Tavares DMS, Dias FA, Munari DB. Qualidade de vida de idosos e participação em atividades educativas grupais. *Acta Paul Enferm* 2012; 25(4):601-6.

29. Fernandes WR, Siqueira VHF. Educação em saúde da pessoa idosa em discursos e práticas: atividade física como sinônimo de saúde. *Interface (Botucatu)* 2010; 14(33):371-85.
30. Ferreira OGL, Maciel SC, Costa SMG, Silva AO, Moreira MASP. Envelhecimento ativo e sua relação com a independência funcional. *Texto & contexto enferm* 2012; 21(3):513-8.
31. Moura GA, Souza LK. Autoimagem, socialização, tempo livre e lazer: quatro desafios à velhice. *Textos contextos (Porto Alegre)* 2012; 11(1):172-83.
32. Brito TRP, Pavarini SCI. Relação entre apoio social e capacidade funcional de idosos com alterações cognitivas. *Rev latinoam enferm* 2012; 20(4):677-84.
33. Acioli S, David HMSL, Faria MGA. Educação em saúde e a enfermagem em saúde coletiva: reflexões sobre a prática. *Rev enferm UERJ* 2012; 20(4):533-6.
34. Melo MC, Souza AL, Leandro EL, Mauricio HA, Silva ID, Oliveira JMO. A educação em saúde como agente promotor de qualidade de vida para o idoso. *Ciênc Saúde Colet* 2009;14(Supl. 1):1579-86.

Colaboradores

DG Mallmann contribuiu com todas as etapas de produção do artigo: concepção, análise e interpretação dos dados, redação, revisão crítica do conteúdo e aprovação final da versão a ser publicada. NM Galindo Neto e JC Souza contribuíram com a revisão crítica e aprovação final da versão a ser publicada. EMR Vasconcelos contribuiu com a análise dos dados, redação, revisão crítica do conteúdo e aprovação final da versão a ser publicada.

5.2 Artigo Original^b

Necessidades educacionais em saúde dos idosos à luz da Teoria de Leininger

Educational needs in health of the elderly in the light of Leininger's Theory

Necessidades de educação em saúde dos idosos

RESUMO

O objetivo do estudo foi apreender as necessidades de educação em saúde dos idosos à luz da Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural de Madeleine Leininger. Estudo descritivo exploratório, de abordagem qualitativa, no qual se utilizou a etnoenfermagem. A construção dos dados ocorreu por meio de visitas domiciliares aos idosos, em que utilizou-se o modelo Observação-Participação-Reflexão e a análise das informações foi alicerçada no referencial metodológico da Teoria de Leininger. Participaram 18 informantes, sendo seis idosos informantes-chave, dos quais quatro eram mulheres; quatro encontravam-se na faixa etária dos 60 a 69 anos e todos tem baixa escolaridade e recebem aposentadoria. Percebeu-se padrões relacionados às necessidades de educação em saúde dos idosos, como problemas e doenças de saúde e mudanças ocorridas com o envelhecimento. Torna-se necessário implementar ações educativas para suprir tais necessidades, que busquem a participação do idoso e instiguem a sua criatividade, atentando para seus valores, crenças, experiências e significados de cultura.

Descritores: Idoso; Educação em saúde; Teoria de enfermagem.

ABSTRACT

The aim of the study was to apprehend the needs of health education of the elderly to the Theory of Diversity and Universality Cultural Care Madeleine Leininger. Descriptive exploratory study, with qualitative approach, which was used to ethnonursing. The data construction occurred through home visits to the elderly, in which we used the Observation-Participation-Reflection model and the analysis of information was grounded in the methodological reference of the Leininger's Theory. 18 informants participated, six elderly key informants, of which four were women; four were in the age group of 60-69 years and all have low education and receive retirement. Perceived patterns related to the needs of health

^b Artigo formatado de acordo com as normas de um periódico Qualis A2.

education for the elderly, as diseases and health problems and changes occurred with aging. Becomes necessary to implement educational actions to meet these needs, that seek the participation of the elderly and instigate their creativity, noting to their values, beliefs, experiences and meanings of culture.

Descriptors: Aged; Health Education; Nursing Theory

RESUMEN

El objetivo del estudio fue comprender las necesidades de educación en salud de los ancianos la Teoría de la Diversidad y Universalidad del Cuidado Cultural de Madeleine Leininger. Estudio exploratorio descriptivo, de abordaje cualitativo, que se utilizó la etnoenfermería. La construcción de datos se produjo a través de las visitas domiciliarias a los ancianos, en los que se utilizó el modelo Observación-Participación-Reflexión y análisis de la información fue fundada en el marco metodológico de la teoría de Leininger. 18 informantes participaron, seis ancianos informantes clave, de los cuales cuatro eran mujeres; cuatro estaban en el grupo de edad de 60-69 años y todos tienen baja escolaridad y reciben jubilación. Se observó patrones relacionados con las necesidades de educación en salud de los ancianos, como enfermedades y problemas de salud y los cambios con el envejecimiento. Es necesario implementar actividades educativas para satisfacer estas necesidades, buscar la participación de los ancianos y instigar su creatividad, prestando atención a sus valores, creencias, experiencias y significados de la cultura.

Descritores: Anciano; Educación en salud; Teoría de enfermería

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional vem ocorrendo nas últimas décadas, ocasionando o alargamento do ápice da pirâmide etária brasileira, que é refletido pela proporção de idosos, a qual era de 7,4% no ano de 2010 e equivale a aproximadamente 21 milhões de idosos (IBGE 2010)¹. Com essa transição, a população idosa enfrenta modificações biopsicossociais trazidas pelo processo de envelhecimento, que estão associadas à fragilidade, a qual pode levar a maior vulnerabilidade^{2,3}, além do surgimento de muitas doenças e limitações.

Nesse contexto estão inseridos os profissionais da saúde, com o intuito de promover a saúde do idoso e fazer com que o envelhecimento seja saudável e ativo, como preconizado nas políticas públicas de saúde. A promoção da saúde objetiva diminuir a vulnerabilidade e os riscos à saúde da população por meio da participação e controle social⁴. O envelhecimento

ativo otimiza as oportunidades de saúde, a participação nas questões sociais, econômicas, culturais, espirituais e civis, além da segurança, para melhorar a qualidade de vida dos idosos e aumentar a expectativa de vida saudável⁵.

As estratégias de promoção do envelhecimento saudável devem estar aportadas na educação em saúde, que proporciona a participação do indivíduo em grupos e o aumento do controle de suas vidas, transforma a realidade sociopolítica e empodera-o para decidir sobre sua saúde⁶. Nessa óptica, a educação em saúde é caracterizada como prática para transformar os modos de vida dos indivíduos e da coletividade e, conseqüentemente, promover qualidade de vida e saúde, através do diálogo entre educador e educando.

Para constituir uma prática educativa satisfatória no âmbito do envelhecimento saudável, é imperativo conhecer a realidade cultural dos idosos com os quais se deseja realizar a ação educativa, bem como suas potencialidades e suscetibilidades. Assim, a educação em saúde deve ser adaptada às necessidades e aos conhecimentos prévios de cada indivíduo⁷, o que faz com que o enfermeiro, como educador em saúde, precise conhecer a realidade socioeconômica, política e cultural do idoso para torná-lo sujeito ativo e participante do seu processo de cuidado⁸.

Nessa perspectiva, destaca-se a Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural (TDUCC), de Madeleine Leininger, a qual aborda a necessidade de conhecer a cultura dos indivíduos para traçar um cuidado culturalmente congruente. Nesta Teoria, cultura refere-se aos valores apreendidos, compartilhados e transmitidos, crenças, normas e modos de vida de uma particular cultura que guia pensamentos, decisões e ações em maneiras padronizadas⁹.

Entende-se que a educação em saúde é compreendida pelas dimensões política, filosófica, social, religiosa e cultural, além de abranger práticas e teorias do indivíduo, grupo, comunidade e sociedade. O profissional enfermeiro deve reconhecer a cultura dos indivíduos e apreender sua visão do mundo, conhecendo o contexto social e familiar, o que traz subsídios para desempenhar uma educação em saúde focada na realidade vivida pelo indivíduo¹⁰. Portanto, este estudo teve como objetivo apreender as necessidades de educação em saúde dos idosos à luz da Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural de Madeleine Leininger.

METODOLOGIA

Tipo de estudo

Trata-se de estudo descritivo exploratório, de abordagem qualitativa, no qual se utilizou a etnoenfermagem, proposta por Leininger. A etnoenfermagem é o estudo de visões de mundo, crenças e práticas de uma população, que permite a compreensão cultural¹¹. As pesquisas qualitativas em etnoenfermagem são realizadas para estudar o contexto cultural de uma cultura específica, com suas peculiaridades, comportamentos, padrões e significados frente ao processo de saúde e doença¹².

Cenário do estudo

O cenário do estudo correspondeu ao Bairro da Várzea do município do Recife, Pernambuco, e como cenário focal para a realização do trabalho de campo o domicílio dos idosos, usuários cadastrados na ESF Sítio Wanderley, localizada no referido bairro, pertencente ao Distrito Sanitário IV.

A população do bairro da Várzea é de 70.453 habitantes (4,58% do município). No que se refere ao número de idosos, eles correspondem a um quantitativo de 6.842 indivíduos, o que representa 9,70% da população do bairro e 3,76% da população idosa de Recife⁴. A ESF Sítio Wanderley conta com três equipes de saúde e uma equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e é dividida em 16 microáreas.

Informantes do estudo

Os informantes do estudo foram divididos em informantes-chave e informantes gerais, os quais foram indivíduos que participaram do cotidiano dos informantes-chave, os idosos. Os informantes gerais foram idosos, Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e familiares.

Foram selecionados para a investigação os idosos indicados pelos ACS, que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: Ser cadastrado na ESF Sítio Wanderley de Recife-PE; Ser cognitivamente capaz de responder ao Mini Exame de Estado Mental - MEEM, desenvolvido por Folstein¹³ para avaliar a cognição do idoso e adaptado por Brucki¹⁴, e pontuar acima dos pontos de corte estabelecidos por Bertolucci¹⁵. Como critérios de exclusão, teve-se: apresentar

deficiência auditiva ou de fala que comprometesse a construção de dados; portadores de sequelas de Acidente Vascular Cerebral, que comprometessem a construção de dados.

Como informantes gerais, participaram os que atenderam os seguintes critérios de inclusão: Ter idade igual ou superior a 18 anos e; ter convivência com o idoso, a ponto de contribuir com informações relevantes. Como critério de exclusão dos informantes gerais, teve-se: Apresentar deficiência auditiva ou de fala que comprometesse a construção de dados.

O número de informantes foi determinado pelo quantitativo estabelecido por Leininger e McFarland⁹, sendo de seis informantes-chave e 12 informantes gerais, na proporção de 1:2, em que utilizou-se a saturação teórica para a definição do número exato.

Construção dos dados

Os dados foram construídos por meio de visitas domiciliares aos idosos, realizadas pela pesquisadora no período de março a agosto de 2014, as quais totalizaram quatro visitas para cada idoso e duraram, em média, 40 minutos. A primeira visita domiciliar ocorreu, necessariamente, na presença de um ACS, quando foram feitas as apresentações necessárias e o projeto explicado ao idoso e aos demais informantes através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Para os idosos que aceitaram participar, foi aplicado o MEEM e, para os idosos que atingiram a pontuação mínima foi preenchido um questionário sociodemográfico e agendada uma segunda visita, conforme a disponibilidade dos mesmos. A partir desse momento, foi utilizado o modelo O-P-R (Observação-Participação-Reflexão), composto por quatro fases, proposto por Leininger e McFarland⁹, em que cada fase compreendeu uma visita domiciliar. Para orientar a observação a ser realizada, foi utilizado um roteiro de observação, adaptado do modelo de Víctora, Knauth e Hassen¹⁶.

Na primeira fase, observação e escuta ativa, foi observado o contexto domiciliar, as cenas culturais, atitudes, linguagem verbal e não verbal, ambiente interno e externo das residências, que foram registrados em diário de campo;

Na segunda fase, observação com limitada participação, manteve-se a observação do contexto domiciliar e se atentou para as atividades diárias dos informantes, iniciando conversas informais com os mesmos e observando as respostas e ações.

Na terceira fase, participação com as observações continuadas, foram realizadas entrevistas com os idosos, baseadas em situações observadas em campo e direcionadas aos seus modos de viver⁹. Foi utilizado um roteiro de entrevista semiestruturada, composto pelas seguintes questões norteadoras: 1) O que o (a) senhor (a) faz no seu dia-a-dia? 2) Conte-me

sobre suas atividades. 3) Quais atividades gostaria de participar que ajudaria o (a) senhor (a) a cuidar de si ou a ter saúde? 4) O que o (a) senhor (a) acha que seria importante aprender sobre a sua saúde?

As entrevistas foram gravadas, transcritas e, posteriormente, validadas com os informantes entrevistados através da leitura da transcrição⁹ em uma próxima visita. Salienta-se que foi realizado um estudo piloto da entrevista com os três primeiros idosos e não houve alterações significativas, o que possibilitou a inclusão dos mesmos na amostra. As entrevistas com os idosos geralmente ocorreram no terraço (área da frente da casa) ou na sala de estar.

Na quarta fase, reflexão e reconfirmação de resultados com informantes, foram feitas reflexões acerca dos achados e eventos cotidianos dos idosos, os quais foram registrados em diário de campo.

Análise dos dados

A análise das informações foi alicerçada no referencial metodológico da TDUCC, o qual está imbricado à etapa da construção dos dados. Com esse método, iniciou-se a análise dos dados no primeiro dia da pesquisa e continuou-se a codificar, processar e analisar até todos os dados serem coletados⁹. Esse método de análise é composto por quatro fases.

Na primeira fase, foi feita leitura, releitura e reflexão dos achados registrados no diário de campo, a fim de compreender, reconhecer e interpretar o conteúdo das informações, identificar os informantes-chave e gerais e elaborar as descrições detalhadas do cenário de estudo.

Na segunda fase, os dados foram estudados para identificar semelhanças e diferenças frente ao modo como os idosos expressam suas visões de mundo, significados e valores frente as suas necessidades de educação em saúde. A partir disso, os dados foram organizados em categorias e subcategorias, componentes da análise.

Na terceira fase, as entrevistas foram transcritas, analisadas, comparadas e organizadas com as subcategorias anteriores, a fim de descobrir padrões de comportamento e significados. A validação dos dados foi feita com a apresentação das interpretações, componentes e subcategorias aos informantes para discussão e reflexão sobre os achados para identificar os padrões recorrentes, a consistência e credibilidade das informações.

Na quarta fase, os dados das fases anteriores foram analisados para a descoberta de temáticas, de acordo com a TDUCC. Foi feita reflexão das informações e se compararam com

achados da literatura, bem como foram feitas possíveis reformulações e recomendações para ações a serem desenvolvidas.

Aspectos éticos

Este estudo respeitou a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde¹⁷, portanto, a entrada no campo ocorreu após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, da Universidade Federal de Pernambuco, sob o registro CAAE 26846314.2.0000.5208, e viabilização do campo pela Secretaria Executiva de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde do Recife. Realizou-se o contato prévio com a autoridade sanitária, a qual indicou uma enfermeira para mediar a entrada no campo.

Ressalta-se que foram respeitados os princípios da bioética (autonomia, beneficência, não maleficência e justiça) em todas as etapas da pesquisa. Os informantes do estudo foram informados do estudo através do TCLE e foi garantido o seu anonimato, adotando como identificação códigos, com as letras IC (de informante-chave) e as letras IG (de informante geral), acompanhadas de número(s) absoluto(s) em ordem crescente, conforme sua inclusão no estudo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados serão apresentados e discutidos de acordo com a Figura 1, baseada no Modelo Sunrise de Leininger, dividida em caracterização dos informantes-chave, fatores socioculturais observados durante a construção dos dados (Fatores educacionais; Fatores religiosos e filosóficos; Aspectos de companheirismo e sociais; Valores culturais e modos de vida - Problemas/Queixas de Saúde; Atividades) e necessidades de educação em saúde.

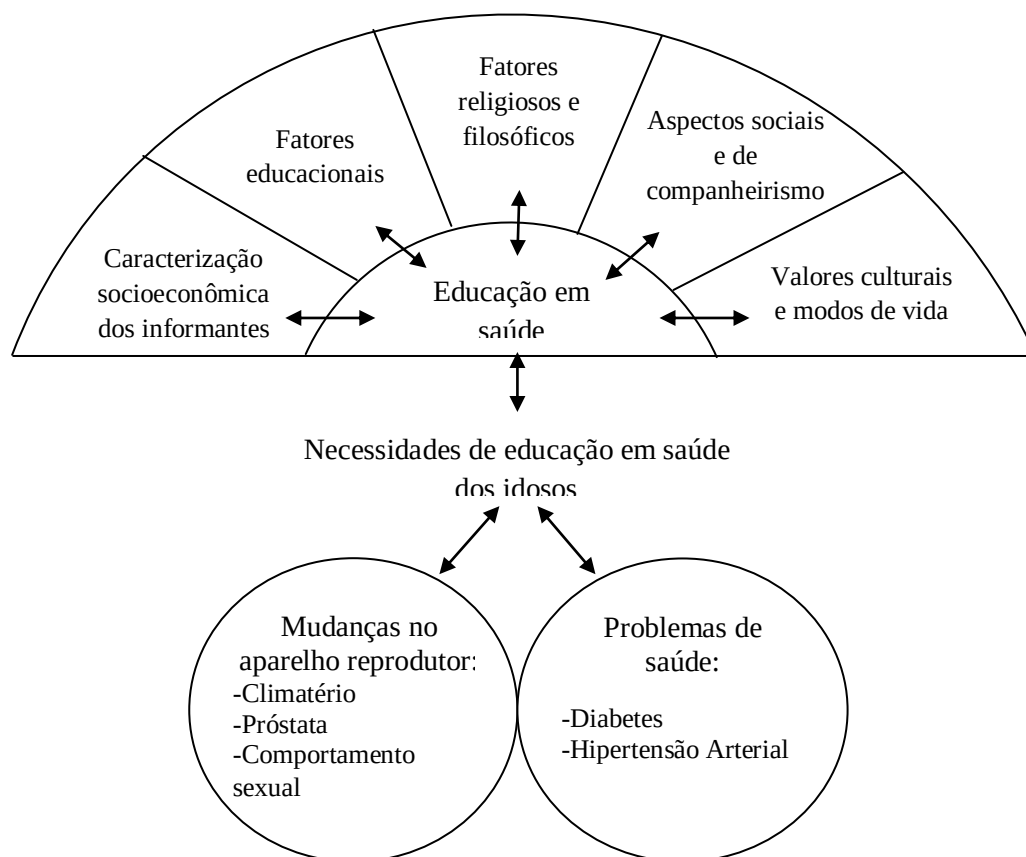


FIGURA 1 – Fatores socioculturais e necessidades de educação em saúde dos idosos.

Caracterização dos informantes

Participaram da pesquisa seis informantes-chave e 12 informantes gerais que fizeram parte do cenário e das cenas culturais, totalizando 18 informantes, em que será discutido somente o perfil dos informantes-chave. Dos seis informantes-chave, quatro eram mulheres; quatro encontram-se na faixa etária dos 60 a 69 anos e todos tem baixa escolaridade, até sete anos de estudo, o que corrobora com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em que demonstra que a maioria da população idosa brasileira está na faixa etária de 60 a 69 anos, é formada por mulheres e tem uma média de 4,2 anos de estudo¹⁸.

Cinco informantes-chave tem seu cônjuge, filhos e/ou netos dividindo o mesmo domicílio ou terreno, o que concorda com os dados do censo da população brasileira, o qual constatou que 85,2% dos idosos pertenciam a arranjos em que havia outra pessoa com quem estabelecesse uma relação familiar, seja cônjuge, filho, outro parente ou agregado¹⁸. O número de idosos casados superou o de viúvos, como no estudo realizado em Guarapuava-

PR, em que 57,7% dos idosos eram casados e 86,4% moravam com alguém, incluindo familiares¹⁹. Quanto ao número de filhos, os idosos possuem de dois a quatro filhos.

No aspecto econômico, todos os idosos recebem aposentadoria de até três salários mínimos, o que está de acordo com os dados do IBGE, em que constatou que a grande maioria dos idosos brasileiros recebia benefício da previdência social, principalmente aposentadoria, que em conjunto com pensões refletiam a principal fonte de renda dos idosos¹⁸. Para complementar a renda financeira, alguns idosos possuem cômodos ou casas alugados, ou ainda exercem trabalho remunerado, o que corrobora com dados do estudo realizado em Guarapuava-PR, onde 29,2% dos idosos eram aposentados e exerciam trabalho remunerado¹⁹. Daqueles que exercem atividades com fins lucrativos, ressalta-se o IC4, sexo masculino, 66 anos, arrimo de família, que organiza viagens de turismo e a IC2, sexo feminino, 60 anos, que tem uma loja com diversos itens, entre roupas, artigos de cama, mesa e banho e produtos de beleza.

No que concerne às crenças religiosas, todos têm uma religião, mas nem todos são praticantes dela. Dos seis informantes-chave, três são católicos, dois evangélicos e uma idosa espírita, o que concorda com estudo realizado em São José dos Campos-SP, no qual a maioria dos idosos era católica e os evangélicos e espíritas encontravam-se em menor número²⁰. A maioria tem o hábito de frequentar a missa ou o culto, pelo menos uma vez por semana, o que geralmente ocorre aos domingos. Os evangélicos relataram maior frequência aos cultos, de até duas vezes na semana.

Foram observadas semelhanças no modo de vestir e de cuidar da aparência dos idosos: os homens usavam chinelos, bermuda e camiseta de manga curta; a maioria das idosas, por sua vez, são adeptas das saias e vestidos (que cobrem os joelhos), chinelos ou sapatilhas. Ainda, costumam pintar as unhas (cores claras) e também tingir os cabelos, embora nem todas tenham o hábito de retocar a tintura da raiz capilar. Uma idosa que adotou os cabelos grisalhos havia raspado-os, deixando-os ao natural. Em todos os encontros, usavam batom e acessórios como brincos e anéis, como verifica-se a seguir.

Quando cheguei à residência da idosa, a mesma [...] vestia um vestido roxo, chinelos, avental amarelo e touca, [...] estava com batom, além de usar óculos. (Diário de Campo, IC6, 69 anos, julho de 2014)

A idosa vestia uma blusa sem mangas preta com detalhes em flores verdes e uma saia comprida preta com verde e estava com os pés descalços. Os

cabelos crespos curtos, com a raiz grisalha. (Diário de Campo, IC3, 78 anos, agosto de 2014)

Quando cheguei à casa da idosa, ela [...] vestia um vestido marrom, sapatilha cinza com um top em cima, brincos argolas e um anel na mão esquerda. (Diário de Campo, IC1, 71 anos, agosto de 2014)

Fatores educacionais

Como mencionado, todos os idosos informantes-chave tem baixa escolaridade, o que pode estar relacionado à cultura do mesmo, pois duas idosas e um idoso informaram que não puderam estudar porque moravam na zona rural e precisavam ajudar os pais, o que reflete as dificuldades de acesso à escola na época de suas infâncias e condições socioeconômicas precárias, em que as mulheres eram criadas auxiliando nos afazeres domésticos para serem donas do lar, mães e esposas^{21,22} e os meninos deviam trabalhar no cultivo da terra²², como pode ser observado nas seguintes anotações:

A idosa contou que desde criança trabalhou na roça e não conseguiu estudar, mas sabe tudo sobre plantações e que conseguiu se aposentar. (Diário de Campo, IC2, 60 anos, abril de 2014)

Sobre sua escolaridade, comentou que quando era criança, morava no interior e os pais não tinham condições e por isso ele ajudava os pais na roça e não pode estudar. (Diário de Campo, IC5, 67 anos, julho de 2014)

Fatos estes que representam a Etnohistória elencada como constructo da TDUCC por Leininger, que refere-se a fatos e eventos passados e experiências dos seres humanos, grupos, culturas e instituições que ocorrem ao longo do tempo em contextos particulares que ajudam a explicar modos de vida sobre influência da cultura e do cuidado⁹.

Em contrapartida, um desses idosos concluiu sua fala com sua visão de mundo sobre os aspectos influenciadores da profissão, demonstrando a sua autoestima elevada e autorrealização. A autorrealização dele está relacionada à construção da família, que tem papel fundamental no seu bem-estar, ao passo que a sua profissão foi suficiente para proporcionar educação aos filhos, motivos de alegrias e orgulho ao idoso. Com isso, percebe-se que a baixa escolaridade não influenciou negativamente a vida do mesmo, o qual demonstra autoestima ao falar de seu talento e dom.

Profissão não vem de você saber ler e escrever, profissão é um dom, que se você tem o dom daquilo, você vai ser um bom profissional (IC5, 67 anos, julho de 2014)

Fatores religiosos e filosóficos

Fatos surgidos na construção dos dados confirmam a influência da religião na cultura e nos modos de viver dos idosos, visto que o envelhecimento, a qualidade de vida e a religiosidade possuem uma relação direta²⁰ e se complementam no contexto cultural. Destaca-se um episódio que refere-se ao preconceito de uma idosa ao responder a pergunta sobre sua religião, como observa-se a seguir:

[...] perguntei sobre religião e a idosa respondeu católica, mas a ACS a corrigiu [...]. Nesse momento, a idosa ficou temerosa e tentou afirmar que era católica, mas depois respondeu que era espírita, porém com medo de ser discriminada. (Diário de Campo, IC3, 78 anos, abril de 2014)

Conforme o exposto, entende-se que a idosa não se adequava a algumas filosofias e mudou para outra religião com o tempo, porém tem medo de ser rejeitada pelo contexto cultural que está inserida e se esconde dentro de um contexto socialmente mais aceito. Entretanto, percebeu-se o respeito às escolhas e crenças de seus familiares, pois preferem manter os laços afetivos em harmonia, como ressaltou um idoso ao falar sobre a troca de religião de sua esposa.

[...] cada um segue aquilo que gosta né, se ela quer isso, eu vou fazer o que? Eu não me incomodo não [...]. (IC5, 67 anos, julho de 2014)

O respeito às crenças e filosofias é tido como suporte na vida do idoso e proporciona benefícios ao enfrentamento de doenças e dificuldades vivenciadas com o avançar da idade, o que faz com que muitos idosos sigam os aspectos filosóficos e doutrinários de suas religiões, pois influenciam nos seus hábitos de vida. Entretanto, merece destaque a conversa entre duas idosas sobre esse aspecto, em que percebe-se que a religião é considerada fator influenciador, mas não se sobressai aos valores culturais e modos de viver.

[...] as idosas conversaram sobre as suas religiões, evangélica e batista, falando das doutrinas e práticas religiosas [...], mas a irmã da idosa frisou que corta o cabelo e se depila, atitudes que a sua igreja proíbe, além de usar bermuda em casa e entrar em outra igreja, pois ela disse ‘isso é comigo e Deus’. (Diário de Campo, IC1, 71 anos, agosto de 2014)

Aspectos sociais e de companheirismo

Sobre os relacionamentos dos informantes-chave, somente uma idosa residia sozinha e os outros com familiares. A influência dos valores culturais nos modos de viver foi percebida na fala de uma idosa, que ressaltou o significado do casamento para ela, dizendo que não era casada, que tinha um companheiro, mesmo estando com ele há mais de 30 anos, como observa-se na seguinte anotação do diário de campo:

Chamou-me atenção a resposta da idosa quando questionada sobre o estado civil, a mesma disse que é solteira e a ACS corrigiu-a e a idosa disse ‘eu não sou casada de papel, a gente mora junto, tem filhos, mas não somos casados’. (Diário de Campo, IC2, 60 anos, abril de 2014)

Quanto ao relacionamento com os filhos, uma informante-chave e um informante geral queixaram-se dos filhos e foi percebida a solidão dos mesmos por estes morarem sós. Além disso, constatou-se aspectos de violência contra os idosos, tanto violência física, quanto psicológica relacionada ao abandono, pois entende-se que a violência perpassa as agressões físicas e também está intimamente ligada ao abandono e negligência ao idoso, ao passo que a família deve oferecer cuidados ao mesmo quando este necessita²³, pois os maus-tratos ao idoso caracteriza-se em um ato que cause dano ou aflição, ocorrido em uma relação que exista expectativa de confiança²⁴. Tais aspectos podem ser confirmados nos seguintes relatos.

Eu não gosto dessa minha filha, porque ela bebia e chegou a botar a faca em cima de mim [...]. Se ela tivesse vergonha, nem na minha porta ela chegava. (IC3, 78 anos, julho de 2014)

Eu fico doente, porque tenho uma família que criei todos bem e não tenho uma filha para chegar aqui para perguntar se tenho uma roupa para lavar, nem telefonar pra saber como é que eu tou. (IG3, 71 anos, julho de 2014)

Valores culturais e modos de vida

Os resultados desta temática foram subdivididos para melhor explanação da influência dos mesmos na saúde e na vida dos idosos.

Problemas / Queixas de Saúde

Os idosos do estudo apresentam diversas características de alterações físicas que acompanham a senescência, como cabelos grisalhos, pele fina, lentigo senil sobre as mãos e face, além das rugas de expressão. Alguns idosos, porém, apresentavam problemas de saúde, como infarto agudo do miocárdio, erisipela, artrose, catarata, hipertensão arterial sistêmica e diabetes, o que corrobora aos achados de outro estudo, que identificou a artrose, a hipertensão arterial sistêmica e a diabetes como mais frequentes nos idosos¹⁹.

Entre os problemas, algumas idosas relataram as dificuldades vividas e a necessidade de ingerir vários medicamentos, o que caracteriza a polifarmácia, que merece atenção visto que podem ocorrer interações medicamentosas e efeitos colaterais que podem ser confundidos com doenças ou alterações do envelhecimento, dificultando o diagnóstico e consequentemente o tratamento²⁵, o que pode ser percebido nas anotações do diário de campo.

[...] a idosa mencionou seu problema ocular e disse estar em tratamento com colírio, o que faz com que ela não possa usar óculos. Ainda mostrou todos os medicamentos que usa, pois é diabética e hipertensa. (Diário de Campo, IC1, 71 anos, março de 2014)

Visitei a idosa, que estava sentada na frente de sua casa com as pernas levantadas sobre um banco porque sente dores causadas pela erisipela. A idosa mostrava-se debilitada e reclamava da saúde [...]. (Diário de Campo, IG1, 74 anos, março de 2014)

[...] ela me falou das dores que sente no corpo e me mostrou os medicamentos que toma, totalizando cinco medicamentos diferentes [...]. (Diário de Campo, IC3, 78 anos, agosto de 2014)

Atividades

Entre as atividades que os idosos realizam no seu dia a dia, percebeu-se que todas as idosas realizam as atividades domésticas e os homens realizam outras atividades que envolvem seus trabalhos e atividades instrumentais da vida diária, como fazer pagamentos. Com isso, entende-se que a cultura influencia os modos de viver dos idosos, o que inclui as atividades de vida diária, que são influenciadas pelo gênero, pois limita-se a sua universalização para todos os indivíduos²⁵.

[...]Levanto, tomo café e vou dar uma voltinha de bicicleta, vou caminhar. Sempre saio de manhã, [...] vender minhas passagens, visitar meus clientes, isso ai virou uma rotina. De manhã [...] vou na loteria pagar contas. [...]. (IC4, 66 anos, julho de 2014)

Sempre eu faço alguma coisa, às vezes quando a mulher está lavando roupa, eu vou para a cozinha. Sempre fico me entretendo pra não ficar parado de uma vez e, principalmente idoso né, entreva né [...]. (IC5, 67 anos, julho de 2014)

É, serviço de casa né; depois eu vou bordar as minhas coisas, vou pintar; e eu vendo, eu vendo as coisinhas. [...]É, passo o resto do dia fazendo as minhas coisas, bordando, quando tem bordado eu bordo, quando tem pintura eu pinto, quando tem costura, eu faço a minha costurinha [...]. (IC4, 73 anos, agosto de 2014)

Como meios de promover a saúde, se identificou padrões relacionados às atividades desejadas, como viagens e passeios, os quais emergiram de experiências ao longo da vida, que proporcionam lazer e bem-estar e; caminhadas e alongamento, que estão relacionadas às atividades físicas. Nesse âmbito, percebeu-se que os idosos reconhecem a importância da realização de atividades que lhes proporcionem bem-estar, em que o corpo acompanhará a mente e neste complexo de mente e corpo é promovida a qualidade de vida dos idosos.

Viajar. Conhecer Fernando de Noronha, [risos]. [...] Conhecer lugares diferentes, [...] conhecer as coisas bonitas do alto mar, imagina? São coisas que renovam a nossa vida [...]. (IC2, 60 anos, julho de 2014)

[...] minha outra atividade é viajar. [...] isso pra mim é um lazer e uma coisa que eu me sinto bem... passear, conhecer lugares diferentes. (IC4, 66 anos, julho de 2014)

É caminhar mesmo; [...] fazer alongamento né; essas coisas. (IC5, 67 anos, julho de 2014)

A participação em atividades físicas pode retardar declínios funcionais decorrentes do envelhecimento, diminuir o surgimento de doenças crônicas, além de melhorar a saúde mental

e promover contatos sociais. A atividade pode auxiliar na independência dos idosos e reduzir o risco de quedas⁵, o que influencia nos modos de viver dos mesmos e sua autonomia para as atividades de vida diária e, conseqüentemente, a ter um envelhecimento ativo e saudável.

Necessidades de educação em saúde

Observaram-se padrões relacionados às necessidades de educação em saúde dos idosos, em que foram elencados, através das entrevistas, problemas e doenças de saúde, mudanças ocorridas com o envelhecimento e problemas que podem surgir com a idade, como nos relatos a seguir.

[...] sobre a velhice, as diferenças de quando eu era jovem para agora [...] sobre o comportamento sexual [...]. (IC4, 66 anos, julho de 2014)

[...] Eu gostaria muito assim da parte de saúde, [...] Principalmente da parte de ginecologia, [...] do climatério [...]. (IC6, 69 anos, julho de 2014)

Bom, tem sobre o problema de... [...] próstata, porque isso aí eu faço todo ano, [...] gostaria de saber mais [...]. (IC5, 67 anos, julho de 2014)

Sobre a diabete; eu tenho vontade de aprender mais sobre a diabete, que eu sofro dela, aí eu queria aprender muito mais do que o que eu já sei, pra facilitar o tratamento; o que é bom, o que é ruim, o que pode, o que não pode. (IC1, 71 anos, agosto de 2014)

As alterações do aparelho reprodutor e da sexualidade na velhice precisam de ampla discussão nas práticas educativas com essa população, a fim de mudar conceitos que relacionam o idoso a uma velhice assexuada e a uma sexualidade correta única, os quais podem gerar sofrimentos ao idoso por sentir-se oprimido na sua cultura e promover o entendimento dessas alterações para que as mesmas não sejam vistas como perdas²⁶.

Os padrões encontrados foram confirmados pela fala de uma idosa, que entende a necessidade de aprender em todas as fases da vida e que mesmo tendo muita experiência de vida, ainda tem muito a aprender.

[...] quanto mais a gente aprende, mais é bom. A gente ainda precisa aprender muita coisa na vida, o que a gente aprendeu ainda é pouco, [...]
(IC2, 60 anos, julho de 2014)

Diante disso, acrescenta-se às necessidades educativas, a necessidade de uma abordagem educativa sobre a polifarmácia, em que se possa explicar e tirar as dúvidas dos idosos, pois durante a construção dos dados percebeu-se que, mesmo tendo recebido orientações quanto à ingestão dos medicamentos, ainda persistem dúvidas, as quais podem levar a um problema de saúde, visto que pode ocorrer a troca destes durante o uso de muitos medicamentos. Além disso, constatou-se a necessidade de aprender sobre hipertensão arterial, mesmo que não tenha sido mencionada nas entrevistas, mas foi percebida durante a participação da pesquisadora no cenário focal do estudo.

Percebi que a idosa possuía dúvidas quanto à hipertensão arterial, pois ela se referiu à doença questionando se seria um problema do coração e gostaria de saber algumas consequências que podem surgir. (Diário de campo, IC2, 60 anos, julho de 2014)

Salienta-se que é necessário perceber o idoso como alguém que possui seus valores e crenças, além de percepções em relação ao meio social, ambiental, cultural e religioso para entender que alguns conhecimentos não trarão mudanças nos modos de viver do mesmo²⁷. Por esse motivo, as necessidades elencadas precisam ser amplamente discutidas nas práticas educativas, a fim de chegar a um consenso para o entendimento dos idosos e busca por mudanças de comportamentos, quando necessárias.

Ao passo que se atende as necessidades de educação em saúde dos idosos, orientam-se e compartilham-se saberes e práticas que unem os sistemas popular e profissional, o que garante a efetividade do cuidado e um cuidado culturalmente congruente⁸, que está intimamente ligado às práticas educativas em saúde. Desse modo, é imprescindível uma relação dialógica entre enfermeiro e cliente, bem como competência humana do profissional para orientar, considerando seu contexto cultural e suas visões de mundo²⁸.

CONCLUSÃO

Diante dos resultados, constatou-se que a escolaridade dos idosos não influencia negativamente nas suas visões de mundo e deve ser considerada durante as atividades

educativas para que o idoso não alfabetizado não se sinta excluído e possa ser participante ativo, como o mesmo percebe-se nas escolhas profissionais de sua vida. A violência física e psicológica encontrada neste estudo deve ser discutida durante as ações de educação em saúde, a fim de trabalhar esse aspecto na busca por soluções que garantam segurança ao idoso e reforçar, junto à equipe de saúde, a importância da participação do mesmo em atividades que lhe proporcione acolhida e bem-estar.

Apreendeu-se que as necessidades educativas em saúde estão relacionadas às doenças e mudanças trazidas pelo processo de envelhecimento. As mudanças advindas do envelhecimento, relacionadas a sexualidade, merecem maior atenção dos profissionais da saúde, pois existem lacunas na literatura sobre ações educativas voltadas para essa temática, bem como necessita-se de uma abordagem direcionada a esclarecer tais mudanças e ampliar o entendimento do idoso quanto as alterações do aparelho reprodutor e comportamento sexual decorridas do processo de envelhecimento.

As crenças relacionadas às doutrinas e filosofias que os idosos seguem mostraram influência nas escolhas por hábitos de vida mais saudáveis, na adesão a tratamentos, na recuperação de saúde, no bem-estar e no autocuidado. Com isso, observa-se a necessidade da implementação de ações educativas que supram tais necessidades e que busquem a participação do idoso, bem como entender a carga de valores, crenças, experiências e significados de cultura que o idoso possui.

Como principais atividades educativas, tem-se as atividades grupais, em que podem englobar oficinas lúdicas e de lazer, bem como passeios para promover o bem-estar. Nos grupos também podem ser inseridas atividades físicas, que favorecem o retardamento das alterações físicas do processo de envelhecimento. Dessa forma, mais pesquisas nesta temática são necessárias para implementar e avaliar ações educativas em saúde voltadas para promover a saúde dos idosos.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2010. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2011.
2. Lang PO, Michel JP, Zekry D. Frailty syndrome: a transitional state in a dynamic process. *Gerontology* 2009; 55(4):539-49.

3. Vieira RA, Guerra RO, Giacomini KC, Vasconcelos KSS, Andrade ACS, Pereira LSM, Dias JMD, Dias RC. Prevalência de fragilidade e fatores associados em idosos comunitários de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil: dados do Estudo FIBRA. *Cad Saúde Pública* 2013; 29(8):1631-43.
4. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Política nacional de promoção da saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
5. World Health Organization. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2005.
6. Rumor PCF, Berns I, Heidemann ITSB, Mattos LHL, Wosny AM. A promoção da saúde nas práticas educativas da saúde da família. *Cogitare enferm* 2010; 15(4):674-80.
7. Roecker S, Budó MLD, Marcon SS. Trabalho educativo do enfermeiro na Estratégia de Saúde da Família: dificuldades e perspectivas de mudanças. *Rev Esc Enferm USP* 2012; 46(3):641-9.
8. Martins PAF, Alvim NAT. Plano de Cuidados Compartilhado: convergência da proposta educativa problematizadora com a Teoria do Cuidado Cultural de Enfermagem. *Rev Bras Enferm* 2012; 65(2):368-73.
9. Leininger MM, McFarland MR. Culture Care Diversity and Universality: a worldwide nursing theory. 2nd ed. New York: McGraw-Hill; 2006.
10. Salci MA, Maceno P, Rozza SG, Silva DMGV, Boehs AE, Heidemann ITSB. Educação em saúde e suas perspectivas teóricas: algumas reflexões. *Texto Contexto Enferm* 2013; 22(1):224-30.
11. Polit DF, Beck CT. Fundamentos da pesquisa em Enfermagem: Avaliação de evidências para a prática da enfermagem. 7a ed. Porto Alegre: Artmed; 2011.
12. Silveira RS, Martins CR, Lunardi VL, Lunardi Filho WD. Etnoenfermagem como metodologia de pesquisa para a congruência do cuidado. *Rev Bras Enferm* 2009; 62(3):442-6.

13. Folstein, M.F.; Folstein, S.E.; Mchugh, P.R. Mini-Mental State: a practical method for grading the cognitive status of patients for the clinician. *J Psychiat Res* 1975 nov; 12:189-98.
14. Brucki SMD, Nitrini R, Caramelli P, Bertolucci PHF, Okamoto IH. Sugestões para o uso do Mini-exame do estado mental no Brasil. *Arq Neuropsiquiatr* 2003; 61(3-B):777-81.
15. Bertolucci PHF, Brucki SMD, Campacci SR, Juliano Y. O mini-exame do estado mental em uma população geral. *Arq Neuropsiquiatr*. 1994; 52(1):1-7.
16. Wünsch S. Cuidado em saúde nas famílias em assentamento rural: um olhar da enfermagem. 2011. Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria. 2011.
17. Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde [Internet]. Resolução CNS nº 466, de 12 de dezembro de 2012 [acesso 2013 jun 20]. Aprovar as seguintes diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Publicada no DOU nº 12 – quinta-feira, 13 de junho de 2013. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>.
18. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Brasília: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (BR). Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira; 2013.
19. Pilger C, Menon MH, Mathias TAF. Características sociodemográficas e de saúde de idosos: contribuições para os serviços de saúde. *Rev Latino-Am Enfermagem* 2011; 19(5):1230-8.
20. Barricelli ILFOBI, Sakumoto IKY, Silva LHM, Araujo CV. Influência da orientação religiosa na qualidade de vida de idosos ativos. *Rev Bras Geriatr Gerontol* 2012; 15(3):505-15.
21. Lisboa CR, Chianca TCM. Perfil epidemiológico, clínico e de independência funcional de uma população idosa institucionalizada. *Rev Bras Enferm* 2012; 65(3): 482-7.

22. Clares JWB, Freitas MC, Almeida PC, Galiza FT, Queiroz TA. Perfil de idosos cadastrados numa unidade básica de saúde da família de Fortaleza-CE. *Rev Rene* 2011; 12(n. esp.):988-94.
23. Wanderbroocke AC, Moré C. Significados de violência familiar para idosos no contexto da Atenção Primária. *Psicologia: Teoria e Pesquisa* 2012; 28(4):435-42.
24. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (BR). Política Nacional do idoso. 1a ed. reimp. Brasília; 2010.
25. Moraes EN. Atenção à saúde do idoso: aspectos conceituais. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2012.
26. Silva VXL, Marques APO, Lyra J, Medrado B, Leal MCC, Raposo MCF. Satisfação sexual entre homens idosos usuários da atenção primária. *Saúde Soc.* 2012; 21(1):171-80.
27. Veras RP, Caldas CP, Cordeiro HA. Modelos de atenção à saúde do idoso: repensando o sentido da prevenção. *Physis: Revista de Saúde Coletiva.* 2013; 23(4):1189-213.
28. Alcoforado CLGC, Santo FHE. Saberes e práticas dos clientes com feridas: um estudo de caso no município de Cruzeiro do Sul, Acre. *Rev Min Enferm.* 2012; 16(1):11-17.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O artigo de revisão integrativa evidenciou que a relevância da educação em saúde para a promoção do envelhecimento saudável parece não estar sendo investigada nas pesquisas científicas, considerando a incipiência das publicações sobre a temática no período estudado. Além disso, poucos estudos destacaram a participação da família nas atividades educativas e que estas devem satisfazer as necessidades dos idosos, o que pode dificultar a adesão do idoso nas práticas.

Este estudo pode contemplar o contexto sociocultural dos idosos ao utilizar a etnoenfermagem, que se apresentou como um método de pesquisa mais adequado para conhecer o contexto e as influências que a cultura tem sobre a vida e a saúde dos envolvidos, entretanto, algumas limitações previstas ocorreram, como a extensão do período de coleta e análise dos dados, pois se necessitou do acompanhamento de um profissional da ESF, o que dificultou a iniciação da pesquisa no campo. Contudo, obteve-se êxito nas visitas domiciliares, em que se conheceram os fatores sociais e culturais que permeiam a vida do idoso.

Apreendeu-se que as necessidades educativas em saúde estão relacionadas às doenças e mudanças trazidas pelo processo de envelhecimento. É preciso considerar os aspectos educacionais, sociais e religiosos e filosóficos durante o planejamento e implementação das ações educativas em saúde com os idosos para que estes se sintam acolhidos e participem ativamente da troca de saberes e experiências, o que facilitará suas escolhas e busca por hábitos de vida saudáveis. A violência física e psicológica sofrida por idosos precisa ser amplamente discutida no contexto da saúde para que episódios de agressões físicas e abandono familiar não prejudiquem a autoestima e qualidade de vida dessa parcela populacional.

Deve-se implementar novas ações, baseadas nos princípios da educação em saúde e mais condizentes com as necessidades dos idosos para obter os resultados almejados com tal prática. Dessa forma, mais pesquisas nesta temática são necessárias para implementar e avaliar ações educativas em saúde voltadas para promover a saúde dos idosos. Como continuidade deste estudo, serão elaborados programas midiáticos de rádio com as temáticas de interesse dos idosos pelo Grupo de Pesquisa Comunicação e Educação em Saúde da UFPE.

REFERÊNCIAS

- 1 Gottlieb MG, Schwanke CH, Gomes I, Cruz IB. Envelhecimento e longevidade no Rio Grande do Sul: um perfil histórico, étnico e de morbi-mortalidade dos idosos. *Rev Bras Geriatr Gerontol.*, 2011; 14(2):365-80.
- 2 Sousa SP, Branca SB. Panorama epidemiológico do processo de envelhecimento no mundo, Brasil e Piauí: evidências na literatura de 1987 a 2009. *Enferm Foco.* 2011; 2(3):188-90.
- 3 Souza MCMR, Horta NC. *Enfermagem em saúde coletiva: teoria e prática.* Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2012.
- 4 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Brasília: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (BR). *Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira*; 2012.
- 5 Rigotti, JIR. Transição demográfica. *Educ Real* [online]. 2012 [acesso 2013 set 10]; 37(2):467-490. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S2175-62362012000200008>
- 6 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [Internet]. Brasília: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (BR) [acesso 2013 set 10]. *Censo demográfico 2010.* Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default.shtm>
- 7 Girondi JBR, Santos SMA. Deficiência física em idosos e acessibilidade na atenção básica em saúde: revisão integrativa da literatura. *Rev Gaúcha Enferm.* 2011; 32(2):378-84.
- 8 Lima OBA, Lopes MEL, Oliveira AMM, Melo VC. Evidências da produção científica acerca do envelhecimento: revisão integrativa da literatura. *R Bras Ci Saúde.* 2013; 17(2):203-8.
- 9 Organização Mundial da Saúde. *Envelhecimento ativo: uma política de saúde.* Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2005.

- 10 Ciosak SI, Braz E, Costa MFBNA, Nakano NGR, Rodrigues J, Alencar RA, Rocha ACAL. Senescência e senilidade: novo paradigma na Atenção Básica de Saúde. *Rev Esc Enferm USP*. 2011; 45(Esp 2):1763-8.
- 11 Souza LB, Torres CA, Pinheiro PNC, Pinheiro AKB. Práticas de educação em saúde no Brasil: a atuação da enfermagem. *Rev Enferm UERJ*. 2010; 18(1):55-60.
- 12 Fernandes MCP, Backes VMS. Educação em saúde: perspectivas de uma equipe da Estratégia de Saúde da Família sob a óptica de Paulo Freire. *Rev Bras Enferm*. 2010; 63(4):576-73.
- 13 Michel T, Seima MD, Lacerda MR, Bernardino E, Lenardt MH. As práticas educativas em enfermagem fundamentadas na Teoria de Leininger. *Cogitare Enferm*. 2010; 15(1):131-7.
- 14 George, JB. Teorias de enfermagem: os fundamentos à prática profissional. 4ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul; 2000.
- 15 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.
- 16 Leininger MM, McFarland MR. *Culture Care Diversity and Universality: a worldwide nursing theory*. 2nd ed. New York: McGraw-Hill; 2006.
- 17 Melo LP. A contemporaneidade da teoria do cuidado cultural de Madeleine Leininger: uma perspectiva geo-histórica. *Ens Ciênc*. 2010; 14(2):21-32.
- 18 Alcoforado CLGC, Santo FHE. Saberes e práticas dos clientes com feridas: um estudo de caso no município de Cruzeiro do Sul, Acre. *Rev Min Enferm*. 2012; 16(1):11-17.
- 19 Lenardt MH, Michel T, Melo LP. As pesquisas etnográficas em enfermagem nas sociedades complexas. *Colomb Med*. 2011; 42(Supl 1):70-7.

- 20 Monticelli M, Boehs AE, Guesser JC, Gehrmann T, Martins M, Manfrini GC. Aplicações da teoria transcultural na prática da enfermagem a partir de dissertações de mestrado. *Texto & Contexto Enferm*. 2010; 19(2):220-8.
- 21 Antonini FO, Boehs AE, Lenardt MH, Budó MLD, Monticelli M. Enfermagem e cultura: características das teses e dissertações produzidas na pós-graduação da enfermagem brasileira [Internet]. *Rev Enferm UFSM*. 2014 [acesso 2014 ago 09]; 4(1):163-171. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5902/217976929724>
- 22 Roges AL. Produção radiofônica à luz da teoria do cuidado cultural de Leininger [dissertação]. Recife (PE): Universidade Federal de Pernambuco; 2012.
- 23 Vieira JCM. Educação em saúde com abordagem transcultural: o padrão alimentar do idoso indígena [dissertação]. Recife-PE: Universidade Federal de Pernambuco; 2013.
- 24 Angelo BHB. Apoio a amamentação: influência da avó materna [dissertação]. Recife (PE): Universidade Federal de Pernambuco; 2014.
- 25 Cervera DPP, Parreira BDM, Goulart BF. Educação em saúde: percepção dos enfermeiros da atenção básica em Uberaba (MG). *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011; 16(Supl. 1):1547-1554.
- 26 Martins PAF, Alvim NAT. Plano de Cuidados Compartilhado: convergência da proposta educativa problematizadora com a Teoria do Cuidado Cultural de Enfermagem. *Rev Bras Enferm*. 2012; 65(2):368-73.
- 27 Roecker S, Budó MLD, Marcon SS. Trabalho educativo do enfermeiro na Estratégia de Saúde da Família: dificuldades e perspectivas de mudanças. *Rev Esc Enferm USP*. 2012; 46(3):641-9.
- 28 Santos RAAS, Aquino DMC, Coutinho NPS, Lages JS, Corrêa RGCF. Gerontologia e a arte do cuidar em enfermagem: revisão integrativa da literatura. *Rev Pesq Saúde*. 2013; 14(2): 118-123.

- 29 Veras RP. Experiências e tendências internacionais de modelos de cuidado para com o idoso. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2012; 17(1):231-238.
- 30 Veras RP, Caldas CP, Cordeiro HA. Modelos de atenção à saúde do idoso: repensando o sentido da prevenção. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. 2013; 23(4):1189-1213.
- 31 Moraes EN. Atenção à saúde do idoso: aspectos conceituais. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2012.
- 32 Costa M, Rocha L, Oliveira S. Educação em saúde: estratégia de promoção da qualidade de vida na terceira idade. *Revista Lusófona de Educação*. 2012; 22:123-140.
- 33 Mendonça MP, Squassoni CE, Zanni KP. Envelhecer e aprender: um modelo de atuação com enfoque na educação em saúde. *Estud interdiscipl envelhec*. 2010; 15(1):99-115.
- 34 Patrocínio WP, Pereira BPC. Efeitos da educação em saúde sobre atitudes de idosos e sua contribuição para a educação gerontológica. *Trab Educ Saúde*. 2013; 11(2): 375-394.
- 35 Mendes KDS; Silveira RCCP; Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto & contexto enferm*. 2008; 17(4):758-64.
- 36 Ministério da Saúde. Estatuto do Idoso. 2ª Ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
- 37 Pompeo DA. Diagnóstico de enfermagem náusea em pacientes em período pós-operatório imediato: revisão integrativa da literatura [dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2007.
- 38 Stetler CB, Morsi D, Rucki S, Broughton S, Corrigan B, Fitzgerald J, Giuliano K, Havener P, Sheridan EA. Utilization-focused integrative reviews in a nursing service. *Appl Nurs Res*. 1998; 11(4):195-206.

- 39 Toledo MM. Vulnerabilidade de adolescentes ao HIV/AIDS: revisão integrativa [dissertação]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Universidade de São Paulo; 2008.
- 40 Sampieri, RH; Collado, CF; Lucio, MPB. Metodologia de Pesquisa. 5ª ed. Porto Alegre: Penso; 2013.
- 41 Polit DF, Beck CT. Fundamentos da pesquisa em Enfermagem: Avaliação de evidências para a prática da enfermagem. 7ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2011.
- 42 Silveira RS, Martins CR, Lunardi VL, Lunardi Filho WD. Etnoenfermagem como metodologia de pesquisa para a congruência do cuidado. Rev Bras Enferm. 2009; 62(3):442-6.
- 43 Silva LD. Arruando pelo Recife: por ruas, pontes, praias e sítios históricos. Recife: SEBRAE/PE, 2000.
- 44 Recife/PE [Internet]. Secretaria de Controle e Desenvolvimento Urbano e Obras [acesso em 01 ago 2014]. Disponível em: <http://www2.recife.pe.gov.br/a-cidade/perfil-dos-bairros/rpa-4/varzea/>
- 45 Marilyn R. McFarland, Sandra J. Mixer, Hiba Webhe-Alamah Ethnonursing: A Qualitative Research Method for Studying Culturally Competent Care Across Disciplines. International Journal of Qualitative Methods. 2012; 11(3):259-79.
- 46 Folstein, M.F.; Folstein, S.E.; Mchugh, P.R. Mini-Mental State: a practical method for grading the cognitive status of patients for the clinician. J Psychiat Res. 1975 nov; 12:189-98.
- 47 Brucki SMD, Nitrini R, Caramelli P, Bertolucci PHF, Okamoto IH. Sugestões para o uso do Mini-exame do estado mental no Brasil. Arq Neuropsiquiatr. 2003; 61(3-B):777-81.
- 48 Bertolucci PHF, Brucki SMD, Campacci SR, Juliano Y. O mini-exame do estado mental em uma população geral. Arq Neuropsiquiatr. 1994; 52(1):1-7.

49 Wünsch S. Cuidado em saúde nas famílias em assentamento rural: um olhar da enfermagem [dissertação]. Santa Maria (RS): Universidade Federal de Santa Maria; 2011.

50 Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde [Internet]. Resolução CNS nº 466, de 12 de dezembro de 2012 [acesso 2013 jun 20]. Aprovar as seguintes diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Publicada no DOU nº 12 – quinta-feira, 13 de junho de 2013. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>

APÊNDICES



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO ACADÊMICO

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
INFORMANTES-CHAVE

Convidamos o (a) Sr. (a) para participar como voluntário (a) da pesquisa “Necessidades de educação em saúde dos idosos à luz da Teoria de Madeleine Leininger”, de responsabilidade da mestranda Danielli Gavião Mallmann, residente à Rua do Bom Pastor 427, apto 406, Iputinga, Recife/PE, CEP 50670-260, telefones para contato (81) 2126-8566, e-mail para contato: dani_mallmann@hotmail.com, sob a orientação da Profa. Dra. Eliane Maria Ribeiro de Vasconcelos. Telefone para contato: (81) 2126-8566; e-mail: emr.vasconcelos@gmail.com.

Este Termo de Consentimento pode conter alguns tópicos que o/a senhor/a não entenda. Caso haja alguma dúvida, o/a senhor/a será esclarecido (a) sobre tudo que está respondendo. Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, caso aceite em fazer parte do estudo, rubricar as folhas e assinar ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é da pesquisadora responsável. Em caso de recusa o (a) Sr. (a) não será penalizado (a) de forma alguma. Também garantimos que o (a) Senhor (a) tem o direito de retirar o consentimento da sua participação em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer penalidade.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA

Esta pesquisa tem como objetivo apreender as necessidades de educação em saúde dos idosos à luz da Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural de Madeleine Leininger. Para realizar este estudo, a pesquisadora fará visitas domiciliares agendadas aos idosos para observar o contexto em que o idoso vive e a cultura. Na primeira visita domiciliar, será aplicado o Mini Exame do Estado Mental aos idosos, que é composto por questões e ações que serão solicitadas ao idoso, e um questionário sociodemográfico. Durante as próximas visitas, a pesquisadora observará o dia a dia dos idosos, mantendo uma comunicação para obter informações sobre a cultura e as práticas de saúde, bem como será feita entrevista com os idosos para entender os modos de viver destes. Desse modo, haverá aproximação com os idosos e as pessoas próximas à estes, as quais poderão fornecer informações sobre a cultura dos idosos através de conversas informais, que poderão ser usadas para confirmação de dados observados e coletados.

Este estudo envolverá o risco mínimo para os informantes por trazer algum constrangimento, em abordar questões de ordem pessoal, além de riscos mínimos aos quais estariam expostos em uma conversa informal, como cansaço e expressão de emoções decorrentes do assunto sobre o qual estaremos tratando e estará assegurado o direito de interromper a participação na pesquisa a qualquer momento.

Os benefícios estão relacionados à promoção do envelhecimento saudável através de educação em saúde que aborde o contexto cultural, com o intuito de contribuir para as práticas educativas com a população idosa. Como benefícios imediatos aos informantes, principalmente aos idosos, têm-se a escuta ativa por parte de um profissional de saúde que desenvolverá a pesquisa, sentir-se acolhido e respeitado nas suas necessidades.

As informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação. Os dados coletados nesta pesquisa ficarão armazenados no armário e computador do Departamento de Enfermagem / UFPE, pelo período de cinco anos.

O (a) senhor (a) não pagará nada para participar desta pesquisa. Se houver necessidade, as despesas para a sua participação serão assumidas pela pesquisadora (ressarcimento de transporte e alimentação).

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: (Avenida da Engenharia s/n – 1º Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600. Tel.: (81) 2126.8588 – e-mail: cepccs@ufpe.br).

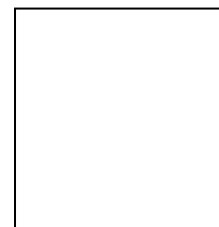
(assinatura da pesquisadora)

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO VOLUNTÁRIO (A)

Eu, _____, CPF _____, abaixo assinado, após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e de ter tido a oportunidade de conversar e ter esclarecido as minhas dúvidas, concordo em participar do estudo “Necessidades de educação em saúde dos idosos à luz da teoria de Madeleine Leininger”, como voluntário (a). Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pela pesquisadora sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade.

Recife, ____ de _____ de 2014.

Assinatura do participante: _____



Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e o aceite do voluntário em participar.

Nome:	Nome:
Assinatura:	Assinatura:



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO ACADÊMICO

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
INFORMANTES GERAIS

Convidamos o (a) Sr. (a) para participar como voluntário (a) da pesquisa “Necessidades de educação em saúde dos idosos à luz da Teoria de Madeleine Leininger”, de responsabilidade da mestranda Danielli Gavião Mallmann, residente à Rua do Bom Pastor 427, apto 406, Iputinga, Recife/PE, CEP 50670-260, telefones para contato (81) 2126-8566, e-mail para contato: dani_mallmann@hotmail.com, sob a orientação da Profa. Dra. Eliane Maria Ribeiro de Vasconcelos. Telefone para contato: (81) 2126-8566; e-mail: emr.vasconcelos@gmail.com.

Este Termo de Consentimento pode conter alguns tópicos que o/a senhor/a não entenda. Caso haja alguma dúvida, o/a senhor/a será esclarecido (a) sobre tudo que está respondendo. Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, caso aceite em fazer parte do estudo, rubrique as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é da pesquisadora responsável. Em caso de recusa o (a) Sr. (a) não será penalizado (a) de forma alguma. Também garantimos que o (a) Senhor (a) tem o direito de retirar o consentimento da sua participação em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer penalidade.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA

Esta pesquisa tem como objetivo apreender as necessidades de educação em saúde dos idosos à luz da Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural de Madeleine Leininger. Para realizar este estudo, a pesquisadora fará visitas domiciliares agendadas aos idosos para observar o contexto em que o idoso vive e a cultura. Na primeira visita domiciliar, será aplicado o Mini Exame do Estado Mental aos idosos, que é composto por questões e ações que serão solicitadas ao idoso, e um questionário sociodemográfico. Durante as próximas visitas, a pesquisadora observará o dia a dia dos idosos, mantendo uma comunicação para obter informações sobre a cultura e as práticas de saúde, bem como será feita entrevista com os idosos para entender os modos de viver destes. Desse modo, haverá aproximação com os idosos e as pessoas próximas à estes (informantes gerais), as quais poderão fornecer informações sobre a cultura dos idosos através de conversas informais, que poderão ser usadas para confirmação de dados observados e coletados.

Este estudo envolverá o risco mínimo para os informantes por trazer algum constrangimento, em abordar questões de ordem pessoal, além de riscos mínimos aos quais estariam expostos em uma conversa informal, como cansaço e expressão de emoções decorrentes do assunto sobre o qual estaremos tratando e estará assegurado o direito de interromper a participação na pesquisa a qualquer momento.

Os benefícios estão relacionados à promoção do envelhecimento saudável através de educação em saúde que aborde o contexto cultural, com o intuito de contribuir para as práticas educativas com a população idosa. Como benefícios imediatos aos informantes, principalmente aos idosos, têm-se a escuta ativa por parte de um profissional de saúde que desenvolverá a pesquisa, sentir-se acolhido e respeitado nas suas necessidades.

As informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação. Os dados coletados nesta pesquisa ficarão armazenados no armário e computador do Departamento de Enfermagem/UFPE, pelo período de cinco anos.

O (a) senhor (a) não pagará nada para participar desta pesquisa. Se houver necessidade, as despesas para a sua participação serão assumidas pela pesquisadora (ressarcimento de transporte e alimentação).

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: (Avenida da Engenharia s/n – 1º Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600. Tel.: (81) 2126.8588 – e-mail: cepccs@ufpe.br).

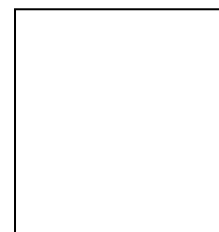
(assinatura da pesquisadora)

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO VOLUNTÁRIO (A)

Eu, _____, CPF _____, abaixo assinado, após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e de ter tido a oportunidade de conversar e ter esclarecido as minhas dúvidas, concordo em participar do estudo “Necessidades de educação em saúde dos idosos à luz da teoria de Madeleine Leininger”, como voluntário (a). Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pela pesquisadora sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade.

Recife, ____ de _____ de 2014.

Assinatura do participante: _____



Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e o aceite do voluntário em participar.

Nome:	Nome:
Assinatura:	Assinatura:



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO ACADÊMICO

APÊNDICE C – QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

Número da entrevista: _____

Data: ____/____/____

DADOS DO IDOSO

Nome do idoso entrevistado: _____

Pseudônimo do idoso entrevistado: _____

Endereço: _____

1. Sexo: ☐ Masculino ☐ Feminino

2. Data de nascimento: ____/____/____

3. Idade: _____

4. Estado civil:

☐ solteiro ☐ casado ☐ separado ☐ viúvo ☐ união estável

5. Possui filhos? Se sim, quantos? _____

6. Você tem uma religião? ☐ Sim ☐ Não Qual? _____

7. Você é praticante da sua religião? ☐ Sim ☐ Não

8. Escolaridade: ☐ sem escolaridade ☐ até 7 anos ☐ mais de 8 anos

9. Qual a sua profissão? _____

10. Ainda trabalha? ☐ Sim ☐ Não

11. Quantas pessoas moram na sua casa, incluindo você? _____

12. Renda mensal individual (em salários mínimos):

☐ Sem renda ☐ Até três ☐ De quatro a seis ☐ Mais de seis

13. Renda mensal familiar (em salários mínimos):

☐ Sem renda ☐ Até três ☐ De quatro a seis ☐ Mais de seis



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO ACADÊMICO

APÊNDICE D – ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO

(adaptado do modelo de VÍCTORA, Knauth e Hassen, 2000²⁴)

O ambiente

Conteúdo e sua localização no espaço

Relação entre ambiente interno e externo

Condições do domicílio

Condições de organização do domicílio para o idoso

Aspectos pessoais dos informantes

Postura corporal

Normas de conduta

Contato visual

Condições e características físicas

Linguagem verbal e não verbal

Tom de voz

Expressões êmicas

Relacionamento interpessoal

Recepção no domicílio

Entre os residentes do domicílio

Entre o informante-chave e a comunidade

Entre o informante e a pesquisadora

Entre as ações com a fala dos informantes

Da pesquisadora nas observações



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO ACADÊMICO

APÊNDICE E – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

Nome do entrevistado: _____ Pseudônimo: _____

Idade: _____ Endereço: _____

Data: _____ Horário: _____

Local da entrevista: _____ Telefone para contato: _____

() Informante geral

() Informante-chave

- 1) O que o (a) senhor (a) faz no seu dia a dia?
- 2) Conte-me sobre as suas atividades.
- 3) Quais atividades gostaria de participar que ajudaria o (a) senhor (a) a cuidar de si ou a ter saúde?
- 4) O que o (a) senhor (a) acha que seria importante aprender sobre a sua saúde?

ANEXOS

ANEXO A – CARTA DE ANUÊNCIA DO DISTRITO SANITÁRIO IV**PREFEITURA DO
RECIFE
SECRETARIA DE SAÚDE****CARTA DE ANUÊNCIA**

Autorizo **Danielli Gavião Mallmann** pesquisadora do mestrado em enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco - UFPE, a desenvolver pesquisa na USF Sítio Wanderley do Distrito Sanitário IV da Secretaria de Saúde do Recife, sob o título: “Necessidades de educação em saúde dos idosos à luz da teoria de madeleine leininger”, sendo orientada por Eliane Maria Ribeiro de Vasconcelos.

Estarei ciente que me são resguardados e abaixo listados:

- O cumprimento das determinações éticas da resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.
- A garantia de solicitar e receber esclarecimentos, antes e durante o curso da pesquisa;
- A liberdade de recusar a participar ou retirar minha anuência, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma;
- A garantia de que nenhuma das pessoas envolvidas será identificada e terá assegurado privacidade quanto aos dados envolvidos na pesquisa;
- Não haverá nenhuma despesa para a Secretaria de Saúde do Recife decorrente da participação na pesquisa.

O(s) pesquisador(es) comprometem-se a trazer para esta diretoria o relatório final da pesquisa através de cópia em *Compact Disk* (CD), uma vez que só serão autorizadas novas pesquisas se não houver pendências de devolutiva do serviço.

Tenho ciência do exposto e concordo em fornecer subsídios para a pesquisa.

Recife, 27 de dezembro de 2013.

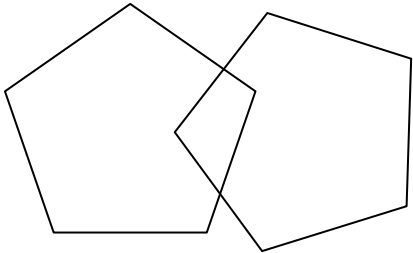
Atenciosamente,

Juliana Siqueira
Juliana Siqueira

Gerente Geral de Formação e Avaliação de Desempenho

Juliana Siqueira Santos
Gerente Geral de Formação e Avaliação
de Desempenho / SEGTES/SS/PCR
Matrícula nº 87.655-5

ANEXO B - MINI-EXAME DO ESTADO MENTAL – MEEM

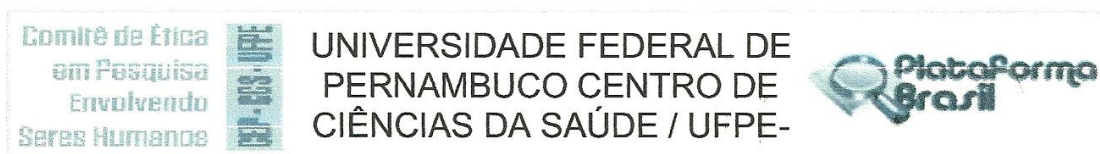
Escolaridade (anos/escola): _____			
Orientação Temporal (05 pontos) Dê um ponto para cada item	Que dia do mês é hoje?		01
	Em que mês estamos?		01
	Em que ano estamos?		01
	Em que dia da semana estamos?		01
	Qual a hora aproximada?		01
Orientação Espacial (05 pontos) Dê um ponto para cada item	Em que local nós estamos? (consultório, dormitório, sala, apontando para o chão)		01
	Que local é este aqui? (apontando ao redor num sentido mais amplo: hospital, casa de repouso, própria casa)		01
	Em que bairro nós estamos ou qual o nome de uma rua próxima?		01
	Em que cidade nós estamos?		01
	Em que Estado nós estamos?		01
Memória imediata (3 pontos)	Repetir: GELO, LEÃO e PLANTA ou CARRO, VASO e TIJOLO		03
Atenção e cálculo (5 pontos) Dê 1 ponto para cada acerto.	Subtrair $100 - 7 = 93 - 7 = 86 - 7 = 79 - 7 = 72 - 7 = 65$		05
Memória de Evocação (3 pontos)	Quais os três objetos perguntados anteriormente?		03
Nomear dois objetos (2 pontos)	Relógio e caneta		02
Repetir (1 ponto)	“NEM AQUI, NEM ALI, NEM LÁ”		01
Comando de estágios (3 pontos) Dê 1 ponto para cada ação correta	“Apanhe esta folha de papel com a mão direita, dobre-a ao meio e coloque-a no chão”		03
Ler e executar (1 ponto)	Feche seus olhos		01
Escrever uma frase completa (1 ponto)	“Escreva alguma frase que tenha começo, meio e fim.”		01
Copiar o desenho (1 ponto)	 Copiar dois pentágonos com a interseção		01

PONTUAÇÃO FINAL (escore = 0 a 30 pontos)

TOTAL:

Fonte: Brucki SMD, Nitrini R, Caramelli P, Bertolucci PHF, Okamoto IH. Sugestões para o uso do Mini-exame do estado mental no Brasil. Arq Neuropsiquiatr 2003; 61(3-B):777-81.

ANEXO C – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Necessidades de educação em saúde dos idosos à luz da Teoria de Madeleine Leininger

Pesquisador: Danielli Gavião Mallmann

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 26846314.2.0000.5208

Instituição Proponente: CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DA NOTIFICAÇÃO

Tipo de Notificação: Envio de Relatório Final

Detalhe:

Justificativa: Trata a presente notificação do relatório final da pesquisa, desenvolvido como

Data do Envio: 07/10/2014

Situação da Notificação: Parecer Consubstanciado Emitido

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 834.593

Data da Relatoria: 14/10/2014

Apresentação da Notificação:

A notificação foi apresentada para avaliação do relatório final da pesquisa

Objetivo da Notificação:

O pesquisador Solicita a aprovação do relatório final da pesquisa.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos e benefícios foram indicados no relatório apresentado,

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS

Bairro: Cidade Universitária

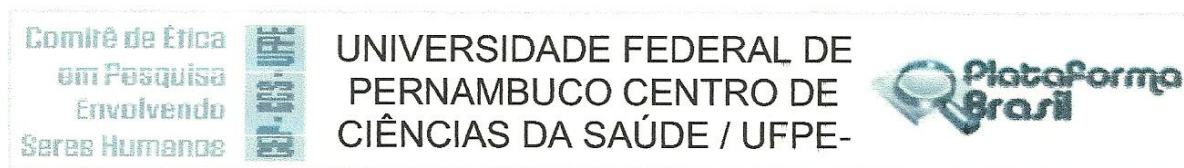
CEP: 50.740-600

UF: PE

Município: RECIFE

Telefone: (81)2126-8588

E-mail: cepccs@ufpe.br



Continuação do Parecer: 834.593

Comentários e Considerações sobre a Notificação:

A notificação foi apresentada com o relatório e o mesmo está adequado e indicou resultados e conclusão.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos estão adequados.

Recomendações:

Recomenda-se que, em todo relatório, o mesmo deverá ser assinado pelo pesquisador;

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

aprovado com recomendação.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O Colegiado aprova o parecer da notificação do relatório final da pesquisa, tendo o mesmo sido avaliado e aprovado de forma definitiva.

RECIFE, 16 de Outubro de 2014

Assinado por:
GERALDO BOSCO LINDOSO COUTO
(Coordenador)

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 50.740-600

UF: PE

Município: RECIFE

Telefone: (81)2126-8588

E-mail: cepccs@ufpe.br

ANEXO D – NORMAS DA REVISTA CIÊNCIA & SAÚDE COLETIVA

Ciência & Saúde Coletiva publica debates e textos inéditos sobre análises e resultados de investigações sobre um **tema específico** considerado relevante para a saúde coletiva; e artigos inéditos sobre discussão e análise do estado da arte da área e das subáreas, mesmo que não versem sobre o assunto do tema central. A revista, de periodicidade mensal, tem como propósitos enfrentar os desafios, buscar a consolidação e promover a permanente atualização das tendências de pensamento e de práticas na saúde coletiva, em diálogo com a agenda contemporânea da Ciência & Tecnologia.

A revista C&SC adota as “Normas para apresentação de artigos propostos para publicação em revistas médicas”, da Comissão Internacional de Editores de Revistas Médicas, cuja versão para o português encontra-se publicada na *Rev Port Clin Geral* 1997; 14:159-174. O documento está disponível em vários sítios na World Wide Web, como por exemplo, site: <http://www.nlm.nih.gov/citingmedicine/> ou <http://www.apmcg.pt/document/71479/450062.pdf>. Recomenda-se aos autores a sua leitura atenta.

Seções de publicação

Editorial: responsabilidade do(s) editor(es). Este texto deve ter, no máximo, 4.000 caracteres com espaço.

Debate: artigo teórico pertinente ao tema central da revista, que receberá críticas/comentários assinados de até seis especialistas, também convidados, e terá uma réplica do autor principal. O texto deve ter, no máximo, 40.000 caracteres com espaço. Os textos dos debatedores e a réplica terão no máximo de 10.000 caracteres cada um, sempre contando com os espaços.

Artigos temáticos: revisão crítica ou resultado de pesquisas de natureza empírica, experimental ou conceitual sobre o assunto em pauta. Os textos de pesquisa não deverão ultrapassar os 40.000 caracteres. Os de revisão poderão alcançar até 50.000 caracteres. Para uns e outros serão contados caracteres com espaço.

Artigos de temas livres: não incluídos no conteúdo focal da revista, mas voltados para pesquisas, análises e avaliações de tendências teórico-metodológicas e conceituais da área ou das subáreas. Os números máximos de caracteres são os mesmos dos artigos temáticos.

Opinião: texto que expresse posição qualificada de um ou vários autores ou entrevistas realizadas com especialistas no assunto em debate na revista; deve ter, no máximo, 20.000 caracteres.

Resenhas: análise crítica de livro relacionado ao campo temático da revista, publicado nos últimos dois anos, com, no máximo, 10.000 caracteres. Os autores de resenha deverão encaminhar à Secretaria da Revista uma reprodução em alta definição da capa do livro resenhado.

Cartas: crítica a artigo publicado em número anterior da revista ou nota curta, descrevendo criticamente situações emergentes no campo temático (máximo de 5.000 caracteres).

Observação: O limite máximo de caracteres leva em conta os espaços e inclui texto e bibliografia. O resumo/abstract e as ilustrações (figuras e quadros) são considerados à parte.

Apresentação de manuscritos

1. Os originais podem ser escritos em português, espanhol, francês e inglês. Os textos em português e espanhol devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em inglês. Os textos em francês e inglês devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e

em português. Não serão aceitas as referências inseridas como notas de rodapé e notas explicativas no final do artigo ou pé da página.

2. Os textos têm de ser digitados em espaço duplo, na fonte Times New Roman, no corpo 12, margens de 2,5 cm, formato Word e encaminhados apenas pelo endereço eletrônico (www.cienciaesaudecoletiva.com.br) segundo as orientações do menu Artigos e Avaliações.

No caso de dúvidas, entrar em contato com a editoria da revista cienciaesaudecoletiva@fiocruz.br.

3. Os artigos submetidos não podem ter sido divulgados em outra publicação, nem propostos simultaneamente para outros periódicos. Qualquer divulgação posterior do artigo em outra publicação deve ter aprovação expressa dos editores de ambos os periódicos. A publicação secundária deve indicar a fonte da publicação original.

4. As questões éticas referentes às publicações de pesquisa com seres humanos são de inteira responsabilidade dos autores e devem estar em conformidade com os princípios contidos na Declaração de Helsinque da Associação Médica Mundial (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996 e 2000).

5. Os artigos devem ser encaminhados com as autorizações para reproduzir material publicado anteriormente, para usar ilustrações que podem identificar pessoas e para transferir direitos de autor e outros documentos que se façam necessários.

6. Os conceitos e opiniões expressos nos artigos, bem como a exatidão e a procedência das citações são de exclusiva responsabilidade do(s) autor(es).

7. Os artigos publicados serão de propriedade da revista *C&SC*, ficando proibida a reprodução total ou parcial em qualquer meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem a prévia autorização dos editores-chefes da Revista.

8. Os textos são em geral (mas não necessariamente) divididos em seções com os títulos Introdução, Métodos, Resultados e Discussão sendo, às vezes, necessária a inclusão de subtítulos em algumas seções. Os títulos e subtítulos das seções devem estar organizados com recursos gráficos (caixa alta, recuo na margem, e não com numeração progressiva).

O **resumo/abstract** terá no máximo 1.400 caracteres com espaço (incluindo-se palavras-chave/key words). Nele devem estar claros: o objeto, os objetivos, a metodologia, a abordagem teórica e uma síntese dos resultados e das conclusões do estudo. Logo abaixo do resumo os autores devem indicar até no máximo seis palavras-chave. É importante escrever com clareza e objetividade o resumo e as palavras-chave, pois isso facilita a divulgação do artigo e sua múltipla indexação.

Autoria

1. As pessoas designadas como autores devem ter participado na elaboração dos artigos de modo que possam assumir publicamente a responsabilidade pelo seu conteúdo. A qualificação como autor deve pressupor: a) concepção e o delineamento ou a análise e interpretação dos dados, b) redação do artigo ou a sua revisão crítica, e c) aprovação da versão a ser publicada.

2. No final da submissão do artigo, anexar no campo “documento em Word” o artigo completo, contendo os agradecimentos e as contribuições individuais de cada autor na elaboração do texto (ex. LM Fernandes trabalhou na concepção e na redação final e CM Guimarães, na pesquisa e na metodologia).

Nomenclaturas

1. Devem ser observadas rigidamente as regras de nomenclatura biológica, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas.

2. Devem ser evitadas abreviaturas no título e no resumo.

3. A designação completa à qual se refere uma abreviatura deve preceder a primeira ocorrência desta no texto, a menos que se trate de uma unidade de medida padrão.

Ilustrações

1. O material ilustrativo da revista *C&SC* compreende **tabela** (elementos demonstrativos como números, medidas, percentagens, etc.), **quadro** (elementos demonstrativos com informações textuais), **gráficos** (demonstração esquemática de um fato e suas variações), **figura** (demonstração esquemática de informações por meio de mapas, diagramas, fluxogramas, como também por meio de desenhos ou fotografias). Vale lembrar que a revista é impressa em uma cor, o preto, e caso o material ilustrativo esteja em cor, deve ser convertido para tons de cinza.
2. O número de material ilustrativo deve ser de, no máximo, **cinco** por artigo, salvo exceções referentes a artigos de sistematização de áreas específicas do campo temático, quando deverá haver negociação prévia entre editor e autor(es).
3. Todo material ilustrativo deve ser numerado consecutivamente em algarismos arábicos, com suas respectivas legendas e fontes, e a cada um deve ser atribuído um breve título. Todas as ilustrações devem ser citadas no texto.
4. As **tabelas** e os **quadros** devem ser confeccionados no mesmo programa utilizado na confecção do artigo (Word versões 2003 ou 2007).
5. Os **gráficos** devem ser gerados em programa de imagem (Corel Draw ou Photoshop) e devem ser enviados em arquivo aberto.
6. Os arquivos das **figuras** (mapa, por ex. devem ser salvos no (ou exportados para o) formato Corel Draw e inseridas no formato original. Este formato conserva a informação VETORIAL, ou seja, conserva as linhas de desenho dos mapas. Se for impossível salvar nesse formato, os arquivos podem ser enviados nos formatos TIFF ou BMP, que também são formatos de imagem, mas não conservam sua informação vetorial, o que prejudica a qualidade do resultado. Se usar o formato TIFF ou BMP, salvar na maior resolução (300 ou mais DPI) e maior tamanho (lado maior = 18cm). O mesmo se aplica para o material que estiver em **fotografia**. Caso não seja possível enviar as ilustrações no meio digital, o material original deve ser mandado o em boas condições para reprodução.

Agradecimentos

1. Quando existirem, devem ser colocados antes das referências (somente no arquivo em Word anexado no site).
2. Os autores são responsáveis pela obtenção de autorização escrita das pessoas nomeadas nos agradecimentos, dado que os leitores podem inferir que tais pessoas subscrevem os dados e as conclusões.
3. O agradecimento ao apoio técnico deve estar em parágrafo diferente daqueles que citam outros tipos de contribuição.

Referências

1. As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. No caso de mais de dois autores, no corpo do texto, deve ser citado apenas o nome do primeiro autor seguido da expressão *et al.* Nas referências, devem ser informados todos os autores do artigo.
2. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos, conforme exemplos abaixo: ex. 1: ... Outro indicador analisado foi o de maturidade do PSF¹¹; ex. 2: ... Como alerta Maria Adélia de Souza⁴, a cidade... As referências citadas somente nos quadros e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto.

3. As referências citadas devem ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos *Requisitos uniformes para manuscritos apresentados a periódicos biomédicos* (<http://www.icmje.org>).
4. Os nomes das revistas devem ser abreviados de acordo com o estilo usado no Index Medicus (<http://www.nlm.nih.gov/>).
5. O nome de pessoa, cidades e países devem ser citados na língua original da publicação.

Exemplos de como citar referências

Artigos em periódicos

1. Artigo padrão (inclua todos os autores)

Lago LM, Martins JJ, Schneider DG, Barra DCC, Nascimento ERP, Albuquerque GL, Erdmann AL. Itinerario terapéutico de los usuarios de una urgencia hospitalar. *Cien Saude Colet* 2010; 15(Supl.1):1283-1291.

2. Instituição como autor

The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Clinical exercise stress testing. Safety and performance guidelines. *Med J Aust* 1996; 164:282-284

3. Sem indicação de autoria

Cancer in South Africa [editorial]. *S Afr Med J* 1994; 84:15.

4. Número com suplemento

Duarte MFS. Maturação física: uma revisão de literatura, com especial atenção à criança brasileira. *Cad Saude Publica* 1993; 9(Supl.1):71-84.

5. Indicação do tipo de texto, se necessário

Enzensberger W, Fischer PA. Metronome in Parkinson's disease [carta]. *Lancet* 1996; 347:1337.

Livros e outras monografias

6. Indivíduo como autor

Cecchetto FR. *Violência, cultura e poder*. Rio de Janeiro: FGV; 2004. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 8ª ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco; 2004.

7. Organizador ou compilador como autor

Bosi MLM, Mercado FJ, organizadores. *Pesquisa qualitativa de serviços de saúde*. Petrópolis: Vozes; 2004.

8. Instituição como autor

Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis. *Controle de plantas aquáticas por meio de agrotóxicos e afins*. Brasília: DILIQ/Ibama; 2001.

9. Capítulo de livro

Sarcinelli PN. A exposição de crianças e adolescentes a agrotóxicos. In: Peres F, Moreira JC, organizadores. *É veneno ou é remédio. Agrotóxicos, saúde e ambiente*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 43-58.

10. Resumo em anais de congressos

Kimura J, Shibasaki H, organizadores. Recent advances in clinical neurophysiology. *Proceedings of the 10th International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology*; 1995 Oct 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.

11. Trabalhos completos publicados em eventos científicos

Coates V, Correa MM. Características de 462 adolescentes grávidas em São Paulo. In: *Anais do V Congresso Brasileiro de adolescência*; 1993; Belo Horizonte. p. 581-582.

12. Dissertação e tese

Carvalho GCM. *O financiamento público federal do Sistema Único de Saúde 1988-2001* [tese]. São Paulo (SP): Faculdade de Saúde Pública; 2002.

Gomes WA. *Adolescência, desenvolvimento puberal e sexualidade: nível de informação de adolescentes e professores das escolas municipais de Feira de Santana – BA* [dissertação]. Feira de Santana (BA): Universidade Estadual de Feira de Santana; 2001.

Outros trabalhos publicados

13. Artigo de jornal

Novas técnicas de reprodução assistida possibilitam a maternidade após os 40 anos. *Jornal do Brasil* 2004; 31 jan. p. 12.

Lee G. Hospitalizations tied to ozone pollution: study estimates 50,000 admissions annually. *The Washington Post* 1996 Jun 21; Sect. A:3 (Col. 5).

14. Material audiovisual

HIV+/AIDS: the facts and the future [videocassette]. St. Louis (MO): Mosby-Year Book; 1995.

15. Documentos legais

Brasil. Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1990; 19 set.

Material no prelo ou não publicado

Leshner AI. Molecular mechanisms of cocaine addiction. *N Engl J Med*. In press 1996.

Cronemberg S, Santos DVV, Ramos LFF, Oliveira ACM, Maestrini HA, Calixto N. Trabeculectomia com mitomicina C em pacientes com glaucoma congênito refratário. *Arq Bras Oftalmol*. No prelo 2004.

Material eletrônico

16. Artigo em formato eletrônico

Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. *Emerg Infect Dis* [serial on the Internet] 1995 Jan-Mar [cited 1996 Jun 5];1(1):[about 24 p.]. Available from: <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm>

Lucena AR, Velasco e Cruz AA, Cavalcante R. Estudo epidemiológico do tracoma em comunidade da Chapada do Araripe – PE – Brasil. *Arq Bras Oftalmol* [periódico na Internet]. 2004 Mar-Abr [acessado 2004 jul 12];67(2): [cerca de 4 p.]. Disponível em: <http://www.abonet.com.br/abo/672/197-200.pdf>

17. Monografia em formato eletrônico

CDI, clinical dermatology illustrated [CDROM]. Reeves JRT, Maibach H. MEA Multimedia Group, producers. 2nd ed. Version 2.0. San Diego: CMEA; 1995.

18. Programa de computador

Hemodynamics III: the ups and downs of hemodynamics [computer program]. Version 2.2. Orlando (FL): Computerized Educational; 1993.