



**REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA -
RENASF
UNIVERSIDADE REGIONAL DO CARIRI – URCA
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA – PRPGP
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE – CCBS
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA - MPSF**



CÍCERA AMANDA MOTA SEABRA

**EDUCAÇÃO EM SAÚDE COM IDOSOS: UMA PROPOSTA PARA FORMAÇÃO
DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE ORIENTADA PELAS COMPETÊNCIAS DE
PROMOÇÃO DA SAÚDE**

Crato (CE)

2019

CÍCERA AMANDA MOTA SEABRA

**EDUCAÇÃO EM SAÚDE COM IDOSOS: UMA PROPOSTA PARA FORMAÇÃO
DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE ORIENTADA PELAS COMPETÊNCIAS DE
PROMOÇÃO DA SAÚDE**

Trabalho de Conclusão de Mestrado
apresentado à banca de defesa do
Mestrado Profissional em Saúde da
Família, da Rede Nordeste de Formação
em Saúde da Família, Universidade
Regional do Cariri-URCA.

Orientadora: Profa. Dra. Maria de Fátima
Antero Sousa Machado.

Coorientadora: Profa. Ma. Yana Paula
Coelho Correia Sampaio

Área de Concentração: Saúde da Família

Linha de pesquisa: Educação na Saúde

Crato-CE

2019

Ficha Catalográfica elaborada pela Biblioteca Central da Universidade Regional do Cariri –
URCA - Bibliotecária: Ana Paula Saraiva CRB: 3/1000

Seabra, Cícera Amanda Mota.

S438e Educação em saúde com idosos: uma proposta de formação de
profissionais de saúde orientada pelas Competências de Promoção da
Saúde/ Cícera Amanda Mota Seabra – Crato-CE, 2019.
198 p.

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em
Saúde da Família, da Rede Nordeste de Formação em Saúde da
Família, da Universidade Regional do Cariri – URCA; Área de
Concentração: Saúde da Família; Linha de pesquisa: Educação na
Saúde

Orientadora: Profa. Dra. Maria de Fátima Antero Sousa Machado
Coorientadora: Profa. Ma. Yana Paula Coelho Correia Sampaio

1. Promoção da Saúde. 2 Educação em Saúde. 3. Saúde do Idoso. 4.
Competência Profissional. I. Machado, Maria de Fátima Antero Sousa. II.
Sampaio, Yana Paula Coelho Correia. III. Universidade Regional do Cariri.
IV. Título.

CÍCERA AMANDA MOTA SEABRA

**EDUCAÇÃO EM SAÚDE COM IDOSOS: UMA PROPOSTA PARA FORMAÇÃO
DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE ORIENTADA PELAS COMPETÊNCIAS DE
PROMOÇÃO DA SAÚDE**

Trabalho de Conclusão de Mestrado
apresentado à banca de defesa do
Mestrado Profissional em Saúde da
Família, da Rede Nordeste de Formação
em Saúde da Família, Universidade
Regional do Cariri-URCA.

Aprovado em 17 de outubro de 2019.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Maria de Fátima Antero Sousa Machado
Universidade Regional do Cariri - URCA
Orientadora

Profa. Ma. Yana Paula Coelho Correia Sampaio
Faculdade de Medicina Estácio de Juazeiro do Norte - FMJ
Coorientadora

Profa. Dra. Maria Rosilene Cândido Moreira
Universidade Federal do Cariri - UFCA
1º Membro

Prof. Dr. Glauberto da Silva Quirino
Universidade Regional do Cariri - URCA
2º Membro

Profa. Dra. Mirna Fontenele de Oliveira
Universidade Federal do Cariri - UFCA
Membro Suplente

**Crato-CE
2019**

Dedico este trabalho primeiramente a Deus, por ser essencial em minha vida, autor de meu destino, meu guia, socorro presente na hora da angústia. Ao meu pai Hugo, à minha mãe Maria do Carmo, ao meu noivo Erlessen e aos meus irmãos e sobrinhos.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pela graça de acordar todas as manhãs e poder presenciar a beleza do nascer do sol, a coragem de ir trabalhar todos os dias sabendo que tenho para onde e para quem voltar e a alegria de ter me presenteado com a melhor família que poderia ter.

Aos meus pais, Hugo e Maria do Carmo, por terem me concebido e me amado desde o dia da descoberta da minha existência, ou mesmo antes disso, quando eu ainda era um sonho e um plano em seus corações. Pela dedicação e apoio incondicional, pelo conforto e paciência com minhas poucas visitas nesse período de estudo intenso.

Aos meus irmãos, Ana Wlândia e Hugo Filho, que dividiram tantos anos comigo em nosso seio familiar e agora estão, cada um em um lugar distinto, distantes fisicamente, porém, sempre presentes de coração, nunca deixando de me estimular em todas as minhas façanhas em busca de minha realização pessoal e profissional.

Aos amores de tia Amanda, minha afilhada-sobrinha Letícia, meu sobrinho Pedro Hugo e minhas afilhadas Sarah e Maria Clara, que, para mim, simbolizam a esperança num futuro melhor para a humanidade.

Ao meu grande amor, Erlesson, que dividiu comigo todos os dias de estudo e dedicação a esta dissertação, que abdicou de tantos momentos juntos para essa minha conquista, que sempre será nossa vitória, cúmplice na alegria e nas dificuldades, me apoiando e me amando sempre mais.

Aos meus filhos, que, embora não sejam humanos, são a razão de minha alegria e o alívio de minhas dores, que me confortam e me amam incondicionalmente, Jack, Romeu e Thor.

Aos meus amigos e familiares, que nunca duvidaram da minha capacidade, do meu potencial, que são grandes admiradores da minha carreira e de minhas conquistas.

Aos meus amigos de estudo, os guerreiros Andreia, Bruna, Karla, Mykaelly, Leylane, Leilane, Denyse, Daiane, Ticiano, Ticiano, Wagner, Ronildo, Thiago, Jaqueline, Gercileide, Monalisa, Jayane, Samuel e Vanessa, pela oportunidade de fazer esse mestrado junto com pessoas tão espetaculares, tão diferentes em tantos aspectos, mas unidas pelo ideal de se tornarem mestres em Saúde da Família.

A todos os professores, na pessoa da professora Maria do Socorro Vieira Lopes, por contribuírem na minha formação, mostrando novos caminhos, novas formas de aprender e ensinar, abrindo um mundo de possibilidades e descobertas.

À professora Maria de Fátima Antero, minha sábia orientadora, uma pessoa de qualidades infinitas, que não tenho nem como descrever, pela qual tenho uma profunda admiração. Foi uma honra e enorme prazer conhecer uma pessoa tão singular, simples na sua magnitude, gênio de uma pureza e educação angelicais, que teve tanta paciência comigo, ajudando em cada passo, para que eu conseguisse trilhar meus caminhos sozinha, como uma criança aprendendo a andar, tinha que deixar eu cair e me levantar sozinha, mas sabia a hora exata de me orientar pelo destino certo.

À minha coorientadora, professora Yana Paula Coelho, médica de família como eu, que tanto me serve de exemplo pela profissional incrível que é, meu profundo apreço e estima.

À banca examinadora, professoras Mirna Fontenele e Maria Rosilene Moreira e professor Glauberto Quirino, pela generosidade em contribuir com meu trabalho, levando ao meu enriquecimento profissional e acadêmico, tenho enorme admiração e respeito por todos.

À Universidade Regional do Cariri e à Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família, na pessoa da professora e coordenadora Evanira Rodrigues Maia, por terem me proporcionado participar de um mestrado de tanta qualidade, que fez crescer em mim o desejo de me aprimorar no ensino e pesquisa a fim de contribuir na formação de tantos futuros médicos.

À Prefeitura Municipal de Aurora (CE), sob a liderança do prefeito Dr. Júnior Macedo, por ter me dado a oportunidade de fazer parte dessa transformação para melhorar a realidade da atenção ao idoso no município de Aurora (CE), permitindo que eu viesse às aulas e autorizando toda e qualquer ideia que eu quisesse executar neste município.

À minha equipe, Paulo Gonçalves, na figura da minha enfermeira e amiga Ana Paula Nascimento de Macedo, que me apoiou em todas as atividades de dispersão e ações na comunidade, que nunca me desanimou quando pensei em desistir porque estava sobrecarregada demais, mas me estimulou a seguir em frente.

À comunidade que me recebeu em Aurora(CE) há oito anos, com a qual convivi e para qual dei assistência em todo esse período, que foi tão importante para meu

crescimento pessoal e profissional, mas que recentemente tive que deixar para assumir um outro concurso, que estará sempre em meu coração e a qual serei eternamente grata.

Aos profissionais do município de Aurora (CE), para os quais deixo, como contribuição, o meu construto, para que, assim como eu, possam ressignificar suas práticas, a partir de um olhar mais reflexivo e crítico da realidade, e melhorar a assistência a essa população, para mim, tão querida.

Aos meus alunos da Faculdade Santa Maria, em Cajazeiras, que me instigam a querer sempre aprender mais, a me dedicar mais, a ir sempre além, a fim de me tornar uma professora melhor e poder contribuir para a formação de médicos que sejam não só preparados para diagnosticar e tratar com maestria, mas para cuidar com humanidade, empatia e amor.

E um agradecimento especial a uma pessoa que se tornou mais do que colega de orientação, mas uma amiga, porque amigo, para mim, é alguém com quem posso contar, mesmo que não nos falemos diariamente ou tenhamos os mesmos ciclos sociais, mas eu sei que posso contar com ela, que tanto me ajuda quando mais preciso, Samyra Lustoza.

“Educação não transforma o mundo. Educação muda pessoas. Pessoas transformam o mundo.”
(Paulo Freire)

RESUMO

SEABRA, C. A. M. **Educação em saúde com idosos: uma proposta para formação de profissionais de saúde orientada pelas competências de promoção da saúde.** 2019. 198f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família), - Universidade Regional do Cariri, Crato (CE), 2019.

Introdução: o envelhecimento populacional é uma realidade que se apresenta como um importante desafio para os serviços de saúde. Promover o envelhecimento saudável e ativo é uma proposta do Sistema Único de Saúde. A educação em saúde pode ser uma forma eficaz de promover saúde nesse público. Nesse sentido, formar profissionais com competências para atuar na educação em saúde com idosos pode contribuir para melhorar a qualidade de vida desses usuários. **Objetivo:** elaborar uma proposta de formação para os profissionais da Estratégia Saúde da Família voltada para práticas de educação em saúde com idosos e orientada pelos domínios das Competências Principais de Promoção da Saúde. **Método:** pesquisa-intervenção, desenvolvida com profissionais de nível superior da Estratégia de Saúde da Família, dividido em quatro momentos: aproximação com o grupo; identificação de como acontecem as práticas de educação em saúde realizadas com idosos pelos profissionais utilizando o Círculo de Cultura; devolutiva aos profissionais e proposta de formação. Os dados oriundos do estudo foram processados no *software* Iramuteq e analisados à luz do referencial Competências Principais de Promoção da Saúde. **Resultados:** participaram 17 profissionais. Na investigação temática, emergiram, do universo vocabular para os quatro temas geradores, os seguintes termos principais: acolhimento, deficiente, atendimento individual e sensibilizar. Na tematização, observaram-se as sinopses a partir das discussões dos temas geradores. Na problematização, originou-se o *corpus* de análise que suscitou as quatro categorias temáticas do estudo que expressaram a realidade apresentada pelos profissionais e as possibilidades evidenciadas. A partir das sinopses da tematização e das nuvens de palavras oriundas da problematização, pôde-se correlacionar com os domínios do referencial adotado. Encontrou-se que a maioria dos domínios está presente nas falas sobre a educação em saúde com idosos, apesar dos diferentes enfoques, conforme as etapas do Círculo de Cultura e que apenas a parceria, implementação e avaliação e pesquisa são expressas em uma única das etapas. A devolutiva oportunizou o compartilhamento dos resultados do estudo com os participantes e a opção do grupo

de que fossem abordados, na proposta formativa, todos os domínios de Competências Principais de Promoção da Saúde, com ênfase nos três que foram menos expressos.

Considerações finais: possibilitou-se o reconhecimento dos domínios de Competências Principais de Promoção da Saúde expressos nas práticas de educação em saúde com idosos realizadas pelos profissionais da Estratégia de Saúde da Família, permitindo o delineamento de um processo formativo para atender às necessidades desses profissionais voltadas às práticas educativas com idosos, contemplando todos os domínios, mas com ênfase em Parceria, Implementação e Avaliação e Pesquisa. Acredita-se que uma formação nesse âmbito contribui para ações de educação em saúde com idosos mais eficazes. Espera-se que o processo vivenciado no Círculo de Cultura sirva para uma reflexão acerca das práticas desses profissionais em relação à saúde dos idosos e que forneça subsídios e estímulo para realizar ações de educação em saúde na Estratégia de Saúde da Família.

Palavras-chave: Promoção da Saúde. Educação em Saúde. Saúde do Idoso. Competência Profissional.

ABSTRACT

SEABRA, C. A. M. **Health education with the elderly: a proposal for health professional training guided by health promotion competences.** 2019. 198f. Dissertation (Professional Masters in Family Health), - Cariri Regional University, Crato (CE), 2019.

Introduction: Population aging is a reality that presents itself as an important challenge for health services. Promoting healthy and active aging is a proposal of the Unified Health System. Health education can be an effective way to promote health in this public. In this sense, training professionals with skills to work in health education with the elderly can contribute to improve the quality of life of these users. **Objective:** To elaborate a training proposal for Family Health Strategy professionals focused on health education practices with the elderly, guided by the domains of the Main Health Promotion Competencies. **Method:** Intervention research, developed with higher level professionals of the Family Health Strategy, divided into four moments, approach with the group, identification of how health education practices performed with the elderly by professionals using the Culture Circle, feedback to professionals and proposal for training, the data from the study being processed in the Iramuteq software and analyzed in the light of the Main Health Promotion Competencies framework. **Results:** Seventeen professionals participated, in the thematic research emerged from the vocabulary universe for the four generating themes the following main terms: welcoming, disabled, individual care and awareness. In thematization the synopses were observed from the discussions of the generative themes. In the problematization originated the corpus of analysis that raised the four thematic categories of the study that expressed the reality presented by the professionals and the possibilities evidenced. From the synopses of thematization and word clouds from the problematization, it can be correlated with the domains of the adopted framework. It was found that most domains are present in the speeches on health education with the elderly, despite the different approaches, according to the stages of the culture circle and that only partnership, implementation and evaluation and research are expressed in one of the stages. The feedback provided the opportunity to share the study results with the participants and the group's option to address all Main Health Promotion Competencies domains in the formative proposal, with emphasis on the three that were least expressed. **Final considerations:** It enabled the recognition of Main Health

Promotion Competencies domains expressed in health education practices with the elderly by the Family Health Strategy. professionals, allowed the design of a formative process to meet the needs of these professionals focused on educational practices with the elderly, covering all domains, but with emphasis in Partnership, Implementation and Evaluation and Research. It is believed that training in this area contributes to health education actions with the most effective elderly. It is hoped that the process experienced in the Culture Circle will serve as a reflection on the practices of these professionals in relation to the health of the elderly and to provide subsidies and stimulation to perform health education actions in the Family Health Strategy.

Keywords: Health Promotion. Health Education. Elderly Health. Professional Competence.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Domínios de Competências em Promoção da Saúde Expressos no Comphp.....	46
Figura 2	Etapas do Círculo de Cultura.....	61
Figura 3	Painéis com temas advindos dos questionamentos feitos aos profissionais.....	81
Figura 4	Sinopse dos vocabulários gerados na etapa de investigação temática sobre as práticas educativas com idosos.....	82
Figura 5	Dendrograma 1 do CHD - Educação em saúde com idosos: concepções advindas da prática.....	87
Figura 6	Dendrograma 2 do CHD - Educação em saúde com idosos: o fazer dos profissionais.....	94
Figura 7	Dendrograma 3 do CHD - Educação em saúde com idosos: modo de ver dos profissionais.....	100
Figura 8	Dendrograma 4 do CHD - Educação em saúde com idosos: possibilidades apontadas pelos profissionais.....	108
Figura 9	Nuvem de palavras do <i>corpus</i> ressignificação das práticas educativas em saúde com idosos.....	115
Figura 10	Domínios de competências para a promoção da saúde nas falas dos participantes sobre as práticas educativas com idosos (etapa de tematização)	117
Figura 11	Domínios de competências para a promoção da saúde nas falas dos participantes sobre as práticas educativas com idosos (etapa de problematização)	118
Figura 12	Representação esquemática das palavras expressas pelos profissionais para avaliar os momentos vivenciados no Círculo de Cultura.....	125
Figura 13	Domínios que serão mais mobilizados no processo formativo dos profissionais.....	127

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
AS	Aprendizagem Significativa
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CHD	Classificação Hierárquica Descendente
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CompHP	Competências Principais de Promoção da Saúde
CPS	Competências de Promoção da Saúde
CRES	Coordenadoria Regional de Saúde
DeCs	Descritores em Ciências da Saúde
EPS	Educação Permanente em Saúde
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia Saúde da Família
IRAMUTEQ	<i>Interface de R pour L Analyses Multidimensionnelles de textes L de Questionares</i>
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MAEA	Metodologias Ativas de Ensino-Aprendizagem
MEC	Ministério da Educação e Cultura
MEDLINE	<i>Medical Literature Analyses and Retrieval System Online</i>
MPSF	Mestrado Profissional em Saúde da Família
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
ORLA/IUHPE	<i>The Latin American Office/International Union Health Promotion and Education</i>
PET-SAÚDE	Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde
PMAQ-AB	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNH	Política Nacional de Humanização
PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde

PNSPI	Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
POV	População, Variável de interesse e <i>Outcome</i> /desfecho
PS	Promoção da Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
PVA	Programa Vida Ativa
RBGG	Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia
RENASF	Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família
SAD	Serviço de Atenção Domiciliar
SCIELO	<i>Scientific Eletronic Library Online</i>
ST	Segmentos de Texto
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPE	Universidade Federal de Pernambuco
UNATI	Universidade Aberta à Terceira Idade
UNIVASF	Universidade Federal do Vale do São Francisco
URCA	Universidade Regional do Cariri

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	18
2	OBJETIVOS.....	30
2.1	OBJETIVO GERAL.....	30
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	30
3	REVISÃO DE LITERATURA.....	31
4	MÉTODO.....	44
4.1	REFERENCIAL TEÓRICO.....	44
4.2	NATUREZA E TIPO DE ESTUDO.....	51
4.3	CENÁRIO.....	53
4.4	PARTICIPANTES DA INTERVENÇÃO.....	54
4.5	ESTRATÉGIAS E PROCEDIMENTOS DA INTERVENÇÃO.....	56
4.5.1	Primeiro momento: aproximação com o grupo.....	56
4.5.2	Segundo momento: identificando como acontecem as práticas de educação em saúde realizadas com idosos pelos profissionais.....	57
4.5.3	Terceiro momento: compartilhar as análises e conclusões (fechamento) do Círculo de Cultura.....	64
4.5.4	Quarto momento: proposta de formação.....	64
4.6	ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DO MATERIAL.....	64
4.7	ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS.....	66
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	78
5.1	CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES.....	78
5.2	PRÁTICAS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE.....	79
5.3	CÍRCULO DE CULTURA.....	81
5.3.1	Investigação temática.....	81
5.3.2	Tematização.....	82
5.3.3	Problematização.....	86
5.4	EVIDÊNCIAS ACERCA DA APLICABILIDADE DAS COMPETÊNCIAS PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE NAS ATIVIDADES EDUCATIVAS COM IDOSOS.....	116
5.5	AVALIAÇÃO DO CÍRCULO DE CULTURA.....	124
5.6	DEVOLUTIVA AOS PROFISSIONAIS.....	125
5.7	PROPOSTA DE FORMAÇÃO.....	128
5.7.1	Apresentação.....	128
5.7.2	Competência.....	128
5.7.3	Objetivos de aprendizagem.....	128
5.7.4	Público-alvo.....	128
5.7.5	Pressupostos políticos e teóricos.....	128

5.7.6	Pressupostos pedagógicos e método de ensino-aprendizagem.....	131
5.7.7	Conteúdo programático.....	133
5.7.8	Programação.....	133
5.7.9	Avaliação.....	134
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	136
	REFERÊNCIAS.....	139
	APÊNDICES.....	158
	APÊNDICE A - Modelo do Convite de Participação.....	158
	APÊNDICE B – Formulário do Estudo.....	159
	APÊNDICE C – Planejamento do Círculo.....	160
	APÊNDICE D – Programação do Círculo de Cultura.....	161
	APÊNDICE E - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	162
	APÊNDICE F - Termo de Consentimento Pós-Esclarecido.....	163
	APÊNDICE G - Termo de Autorização do Uso de Imagem.....	164
	APÊNDICE H – Convite de Participação da Devolutiva aos Profissionais.....	165
	APÊNDICE I – Devolutiva aos Profissionais (<i>slides</i> da apresentação).....	166
	APÊNDICE J – Proposta de Formação – Programação.....	181
	APÊNDICE K – Avaliação dos Encontros da Formação.....	185
	ANEXOS.....	188
	ANEXO A – Figuras do Momento de Sensibilização do Círculo de Cultura.....	188
	ANEXO B - Modelo de Diário de Campo.....	189
	ANEXO C – Parecer do Comitê de Ética e Pesquisa.....	190
	ANEXO D – Carta de Anuência do Município.....	197
	ANEXO E – Fotografias.....	198

1 INTRODUÇÃO

“É pensando criticamente a prática de hoje ou de ontem que se pode melhorar a próxima prática.” (FREIRE, 1996, p. 44)

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estabelece a definição de idoso a partir da idade cronológica. Portanto, idosa é aquela pessoa com 60 anos ou mais, em países em desenvolvimento, e com 65 anos ou mais, em países desenvolvidos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002; INAGAKI et al., 2014). O Estatuto do Idoso considera, assim como a OMS, idosas as pessoas com idade igual ou superior a 60 anos (BRASIL, 2003).

Embora o envelhecimento se delimite a uma determinada faixa etária, tem suas especificidades marcadas pela cultura, pela posição de classe social, pelos fatores socioeconômicos, pelas condições de saúde individuais e/ou coletivas da região (GOLDMAN; FALEIROS, 2014).

O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial e tem provocado alterações no perfil sociodemográfico das populações. Essa mudança é resultado do acentuado declínio na taxa de fertilidade e do aumento da expectativa de vida observados, principalmente, desde meados do século XX (BRITO et al., 2013).

O crescimento no número de idosos vem ocorrendo em um ritmo acelerado, mais do que em qualquer outra faixa etária. Em 2013, havia 841 milhões de indivíduos com 60 anos ou mais no mundo, representando 12,0% da população total. Espera-se que, em 2050, o número de idosos alcance dois bilhões, o que corresponderá a 21,0% da população geral (SILVA et al., 2018).

Nas últimas décadas, o Brasil tem vivenciado uma mudança na estrutura da sua pirâmide etária, evidenciada pelo alargamento do topo da pirâmide decorrente do processo de envelhecimento populacional (SILVA, 2013).

Essa transição demográfica ocorreu em curto período, em cerca de 30 anos, influenciada, principalmente, pela queda da fecundidade. Em 1980, 38,2% da população era composta por menores de 15 anos e apenas 6,1% tinham idade igual ou superior a 60; comparando-se ao ano de 2010, apenas 25% tinham idade inferior a 15 anos e a população com 60 anos ou mais já se encontrava com 10,8% (GOLDMAN; FALEIROS, 2014).

Outra característica do envelhecimento populacional é o aumento da proporção de idosos com mais de 80 anos. Este é o grupo etário que mais vem crescendo no Brasil. Em 1975, ele representava 12% do total de idosos e, em 2030, representará 21% dos idosos, perfazendo 2,7% do total de brasileiros (CHAIMOWICZ et al., 2013).

Como uma das consequências dessa transição demográfica, o envelhecimento populacional aponta para:

A necessidade de mudanças nas políticas públicas a fim de atender às vicissitudes da população envelhecida, tais como a mudança no quadro epidemiológico, as deficiências físicas e mentais e a dependência de cuidados para a realização das ações mais básicas de sobrevivência do ser humano (BRASIL, 2017a, p. 44).

Nessa perspectiva, a dependência de cuidados por falta de autonomia dos indivíduos idosos e o tipo de doenças e agravos que os acometem colocam as políticas de saúde e de assistência social no centro das preocupações e do planejamento para o futuro da sociedade (BRASIL, 2017a).

Projeções das Nações Unidas indicam que, em 2050, 23,6% da população brasileira será de adultos idosos e o Brasil estará entre os cinco países do mundo com mais de 50 milhões de idosos. Esse contingente de idosos e o aumento da proporção dos idosos com idades cada vez mais avançadas vêm trazendo, ao país, essas novas demandas, principalmente com relação à previdência e serviços de saúde, com ênfase nas doenças crônico-degenerativas (PASKULIN; VIANNA, 2007; GALLETI, 2014).

Esse aumento da expectativa de vida que vem se apresentando nas últimas décadas representa uma contradição. De um lado, demonstra o progresso e o alcance de conquistas médico-sanitaristas. Por outro lado, a população que atinge as idades mais avançadas encontra dificuldades para se adaptar às condições de vida atuais não só por dificuldades físicas, mas também psíquicas, socioeconômicas e culturais decorrentes do envelhecer (GOLDMAN; FALEIROS, 2014).

Além disso, segundo Mendes (2010), com o rápido envelhecimento populacional, ocorre também um aumento das condições crônicas, predominantes em idosos, e os sistemas de saúde do mundo não estão conseguindo acompanhar as mudanças, com o declínio de condições agudas e incremento das crônicas, já que estão organizados de forma fragmentada e voltados às primeiras ou agudizações das crônicas.

Visto que envelhecer é um processo dinâmico e progressivo, marcado pelas modificações morfológicas, funcionais, bioquímicas e psicológicas, que acarretam a perda progressiva de capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente, ocasiona também uma prevalência maior de processos patológicos e que refletem uma maior incapacidade em se recuperar de inúmeras perdas, dentre elas, as que incluem papel social, renda, posição na sociedade, independência e estrutura anatômica. Esses elementos levam a uma vulnerabilidade maior a fatores internos e externos e predisõem a um risco aumentado de morbimortalidade (CARVALHO FILHO, 2005; FERREIRA et al., 2012).

Para compreender os processos de morbidade em idosos, é necessário estabelecer o conceito de saúde do indivíduo idoso, que, segundo a portaria que institui a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), se traduz, em especial, pela sua condição de autonomia e independência mais do que pela presença ou ausência de doença orgânica (BRASIL, 2006a).

A maioria da população idosa é portadora de doenças ou disfunções orgânicas, 90%, no entanto, na maioria das vezes, essas doenças ou disfunções orgânicas não estão associadas à limitação das atividades ou restrição da participação social (RAMOS, 2003; MORAES, 2014), o que permite dizer que a maioria dos idosos, mesmo com agravos à saúde que geram algumas barreiras ou dificuldades em suas vidas, pode não ter perda de autonomia e independência.

Do ponto de vista teórico, as alterações fisiológicas e patológicas na população idosa demandam aprofundamento de conceitos, tais como níveis de prevenção, paliativismo, suporte e apoio social. Conceitos específicos da Gerontologia, como síndromes geriátricas, reabilitação, fragilidade, independência (capacidade de executar tarefas sem ajuda) e autonomia (capacidade de autodeterminação), não constam habitualmente dos conteúdos da graduação, mas são operacionais para a proposição de condutas adequadas (MOTTA; AGUIAR, 2007; XAVIER; KOIFMAN, 2011).

A capacitação de profissionais para atuar na área de envelhecimento e saúde do idoso é uma das ações prioritárias da PNSPI no Brasil, em função desse acelerado envelhecimento populacional do país, e consta também no Decreto nº 8.114, de 30 de setembro de 2013, que estabelece o Compromisso Nacional para o Envelhecimento Ativo e tem a formação profissional como uma de suas diretrizes (MOTTA; CALDAS; ASSIS, 2008; BRASIL, 2013).

Diante dessa nova realidade, medidas direcionadas à manutenção e recuperação da independência funcional dos idosos terão que revolucionar os modelos de cuidado, tendo como base um paradigma que enfatize sua reabilitação e a integração de ações públicas com o mecanismo de suporte familiar (CHAIMOWICZ et al., 2013). Uma das formas possíveis de se alcançar essa condição para o idoso seria por meio de processos de Promoção da Saúde (PS) mediados pela educação em saúde.

Mascarenhas, Melo e Fagundes (2012) afirmam que a PS extrapola a prestação de serviços clínico-assistenciais, atuando e intervindo sobre as condições de vida da população com ações intersetoriais que envolvem educação, habitação, renda, trabalho, saneamento básico, alimentação, meio ambiente, acesso a bens e serviços essenciais, lazer e outros determinantes socioambientais que agem sobre a produção da saúde e da doença.

Para Bastos et al. (2016), a PS vai mais além: não corresponde apenas a realizar procedimentos visando a informar e a capacitar indivíduos e organizações e nem se resume a realizar o controle desses determinantes das condições de saúde de grupos populacionais específicos, mas deve ser vista, sim, como um caminho para assegurar a atenção integral à saúde da população, estabelecendo uma abordagem holística e acompanhando todo o curso da vida, sempre buscando a autonomia e igualdade dos indivíduos e comunidade, a fim de atuar sobre os fatores que influenciam sua qualidade de vida.

Segundo Campos, Barros e Castro (2004), o embrião da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) já preconiza que o olhar e a escuta dos profissionais deveriam estar deslocados da doença e voltados para os sujeitos em sua potência de empoderamento da própria vida, objetivando o aumento da autonomia durante esse processo de cuidado da saúde, tornando os usuários e profissionais protagonistas nessa organização da produção em saúde. A redefinição da PNPS de 2015 traz também uma visão de PS como sendo um conjunto de estratégias e maneiras de produzir saúde, tanto de forma individual como coletiva, que se caracteriza pela articulação e cooperação intra e intersetorial em busca de unir suas ações com as redes de proteção social, com ampla participação e controle social (BRASIL, 2015b).

Malta et al. (2016) acreditaram ainda ser um desafio da PNPS avançar em ações intersetoriais que busquem articular medidas destinadas a públicos específicos, como a PS na comunidade, no ambiente de trabalho, buscando avançar em projetos

para a melhoria da mobilidade urbana e para a inclusão de pessoas com deficiência e idosos.

No caso específico de promoção do envelhecimento saudável, Mallmann et al. (2015) propuseram que a educação em saúde seja a âncora das estratégias de PS, proporcionando a participação do indivíduo em grupos, favorecendo o aumento do controle de sua vida, transformando sua realidade social e política e empoderando-o para decidir sobre sua saúde.

Segundo Araújo, Dias e Bustorff (2011), a educação em saúde é uma promissora estratégia na conscientização e participação social, enquanto meio para atingir o objetivo da PS em uma visão ampla e não apenas na prevenção e cura de enfermidades, pois tem um papel abrangente de formar opiniões e de mudá-las, em um árduo trabalho em longo prazo, de caráter construtivista e baseado na confiança entre profissional de saúde que atende e usuário que é atendido.

Assis (2002) já afirmava que a educação em saúde, como um instrumento de ampliação e construção coletiva dos conhecimentos e práticas em saúde, é uma ação fundamental e de extrema importância, no sentido de ampliar a consciência sobre o envelhecer e os recursos para a manutenção da saúde, à medida que fortalece e instrumentaliza a população em suas lutas por cidadania e justiça social. Assim, desenvolver habilidades pessoais e o reforço da ação comunitária são campos centrais da PS que compõem, com os demais fatores, um conjunto integrado de estratégias individuais e coletivas para se alcançar maior saúde e bem-estar.

Faria et al. (2016) concluíram, em seu estudo, que as práticas educativas e de saúde voltadas ao cuidado da população idosa foram importantes para o aprimoramento de conhecimentos voltados para a autonomia e o autocuidado, assim como para o desenvolvimento de estratégias mais eficazes na adesão às recomendações dos integrantes da equipe de saúde no estímulo à mudança de hábitos de vida mais saudáveis.

Segundo Motta, Caldas e Assis (2008), o foco na integralidade da atenção e no cuidado ao idoso permite trabalhar com objetivos, como a prevenção e PS nos diversos níveis de atenção, a partir da compreensão ampliada do processo saúde-doença e do envelhecimento no curso de vida. É necessário que as oportunidades de formação nesta linha sejam multiplicadas, face às demandas sociais crescentes ocasionadas pelo envelhecimento populacional, de modo a contribuir na construção

de um modelo assistencial pautado em princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), tão necessário quanto ainda pouco consolidado no contexto brasileiro.

Segundo Paskulin e Vianna (2007, p. 758), “identificar as necessidades de uma população idosa em expansão pode auxiliar no estabelecimento de políticas de saúde locais mais adequadas”.

Apesar de todo esse marcante processo pelo qual passa o Brasil na questão do envelhecimento populacional, a discussão sobre idosos e envelhecimento ainda é insuficiente, mesmo a PNSPI dispondo sobre a necessidade de sua ampliação via inclusão do tema em todos os níveis de escolarização (BRASIL, 2006a). Na área da saúde, a implantação da PNSPI implica ampliar conteúdos específicos na graduação, na pós-graduação e na educação permanente. Além disso, é importante sua inclusão na preparação de profissionais em geral, para a Atenção Primária à Saúde (APS) e Programa Saúde da Família (PSF), atualmente denominado de Estratégia Saúde da Família (ESF), já que estes terão necessariamente que, cada vez mais, atender a população idosa (MOTTA, 2003).

Para o estudo de Coutinho et al. (2013), a capacitação é apontada pelos trabalhadores de saúde como necessária para o cuidado com os idosos e seria uma estratégia eficaz para esse cuidado, sendo essencial uma mudança no modelo assistencial por meio de formação e capacitação de profissionais para a atenção ao idoso, minimizando dependências e favorecendo a qualidade de vida. Aponta a necessidade de capacitação profissional para o cuidado gerontogeriátrico, pois se não houver recursos humanos treinados especialmente para atender as pessoas idosas, não haverá uma atenção integral, digna e eficaz. Enfatiza-se, então, que, para a consolidação das políticas de saúde, a capacitação é requisito primordial, pois “novos saberes provocam novos fazeres” (MARTINS et al., 2007 apud COUTINHO, 2013, p. 636).

Motta e Aguiar (2007) destacaram que, na formação profissional, está ocorrendo a implantação das novas diretrizes curriculares para a graduação e a educação permanente no preparo de recursos humanos para a atenção básica, com conteúdo e competências orientados para as especificidades do processo de envelhecimento. Ao incorporar este conceito de competências na aprendizagem e revalorizando o cenário de práticas, os alunos são expostos a situações diversas, onde se faz necessário mobilizar recursos afetivos e cognitivos em um contexto

multiprofissional e interdisciplinar que gerará consequências para o ensino, a prática e a pesquisa.

Biz (2005) identificou, como um dos aspectos mais importantes, o reconhecimento, pelo grupo analisado de médicos e enfermeiros, da valorização do profissional que cuida de idosos. Os participantes indicaram, de forma clara e constante, a diferenciação do perfil dos médicos e enfermeiros que prestam atendimento com qualidade a essa população, acreditando na necessidade de um processo de capacitação que, de forma contínua, possibilite a promoção da qualidade de vida do idoso.

Mendonça et al. (2013) informaram que são necessários investimentos na formação e qualificação dos profissionais que atuam junto aos idosos:

Objetivando na capacitação instrumentalizar os profissionais para a compreensão e enfrentamento do processo de envelhecimento de maneira eficaz, identificando necessidades de saúde e situações de risco, e não somente doença-centrada, pautando-se nos princípios e diretrizes da política de saúde brasileira, com orientação das ações para o cuidado/autocuidado e PS, traduzindo o conceito ampliado da saúde inscrito na Constituição Federal Brasileira (MENDONÇA et al., 2013, p. 480).

Segundo Mallmann et al. (2015), as ações na educação em saúde para a população idosa precisam de metodologias que respondam à complexidade do processo de envelhecimento e se associem a fatores que cercam esse idoso, como suas crenças, valores, normas e modos de vida. Logo, evidencia-se que novas ações em saúde devem ser implementadas baseadas nos princípios da educação em saúde e condizentes com as reais necessidades dessa população.

Segundo Maciel (2009), as metodologias de educação em saúde mais adequadas para poder satisfazer as necessidades de saúde da população, preservando a sua autonomia, valorizando o seu saber e buscando uma melhoria na sua qualidade de vida, são a educação popular em saúde e a educação dialógica nas quais uma complementa a outra. Ambas mantêm o diálogo com a população e troca de saberes e, enquanto o movimento popular em saúde prima pela luta de uma sociedade mais justa, a educação dialógica incentiva a autonomia do cuidado em saúde e a participação do indivíduo no controle e fiscalização do serviço de saúde.

Cabe, aos profissionais da APS, a atribuição dessas ações educativas que possam interferir no processo saúde-doença da população, no desenvolvimento de

autonomia do indivíduo e na busca desse usuário por qualidade de vida, sendo esta uma atividade inerente ao seu processo de trabalho (MENDONÇA et al., 2017).

Ainda segundo os autores, uma das formas de se promover o envelhecimento ativo, melhorando a qualidade de vida da população idosa, é por meio de ações de educação em saúde. Esse trabalho nas unidades básicas deve ser feito por equipe multiprofissional, entretanto, nem sempre tais profissionais estão preparados para o desenvolvimento dessas atividades.

Este estudo ainda concluiu que se faz necessária uma transformação no modo tradicional de se conduzir ações de educação permanente com profissionais de saúde, como também em se conduzir grupos de educação em saúde. É preciso ultrapassar os temas biomédicos e alcançar temas da vivência cotidiana, lazer e experiências. A educação permanente leva a uma atenção diferenciada aos idosos pautada no respeito e na confiança de que um trabalho educativo focado na PS é possível de ser realizado (MENDONÇA et al., 2017).

Diante do exposto, é necessário refletir sobre uma formação profissional que não vise apenas à qualificação, objetivando disciplinar o profissional e ensinar-lhe um ofício, mas, sim, a uma formação, baseada em competências, fundamentada em um processo centrado na aprendizagem (e não no ensino), na valorização do aluno como sujeito e na construção do conhecimento (MOTTA; AGUIAR, 2007).

Este tipo de formação apresenta-se como uma alternativa para promover mudanças na prática assistencial em saúde, favorecendo o trabalho em equipe, as trocas de saberes e práticas e a construção de uma nova realidade de saúde para a população (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010).

O conceito de competência para Motta, Caldas e Assis (2008) é entendido como a:

Capacidade para aplicar habilidades, conhecimentos e atitudes; habilidade de utilizar o conhecimento a fim de chegar a um propósito; capacidade de utilizar conhecimentos e habilidades adquiridos para o exercício profissional; capacidade de mobilizar saberes — saber-fazer, saber-ser, saber-agir; capacidade para resolução de um problema destaca a capacidade de mobilização de conhecimentos que supera o tatear reflexivo [...] e aciona esquemas constituídos (MOTTA; CALDAS; ASSIS, 2008, p. 368).

Já para Oliveira (2004), competências sugerem encontrar, identificar e mobilizar conhecimentos que darão subsídios para a resolução dos problemas.

Assim, ser competente significa ter a capacidade de construir disposições e esquemas que permitem mobilizar os conhecimentos no momento certo e com

discernimento. O profissional é competente quando é capaz de dominar rapidamente situações comuns, sendo ainda capaz de coordenar e diferenciar rapidamente os esquemas de ação e os conhecimentos para o enfrentamento de situações inéditas (RAMOS, 2001).

Logo, competência é a capacidade que o profissional desenvolve para atuar com segurança, acompanhando as modificações e avanços tecnológicos e as diversidades presentes no mundo moderno, reconhecendo que o conhecimento não pode ser esgotado (SALUM; PRADO, 2014).

Para Camelo e Angerami (2013), as organizações devem buscar regularmente instrumentos e estratégias para desenvolver competências, visando a auxiliar o profissional em suas necessidades. Nesse sentido, acredita-se ser extremamente relevante a construção de um programa de desenvolvimento de competências para o profissional de saúde por meio de educação em serviço que permita a capacitação e a formação contínua de competências necessárias para a sua atuação profissional. Essa capacitação representa, para o profissional, o domínio de conhecimentos específicos que resultam de formação, treinamento e experiência para que possam exercer determinada função. A elaboração de estratégias de aprendizagem para a construção de competências nos profissionais de saúde é fator primordial para a organização dos serviços.

Assim, no âmbito da ESF, vê-se a necessidade de profissionais capacitados com competências para gerar transformações e aperfeiçoar a PS do idoso.

No campo da PS, a competência “se refere não apenas ao conhecimento, mas também às habilidades e atitudes, muitas vezes conhecido como 'know how' e 'show how’” (DEMPSEY; BARRY; BATTEL-KIRK, 2011, p. 08).

Historicamente, a primeira definição de Competências de Promoção da Saúde (CPS) foi realizada na Austrália e, desde então, vários países têm participado na discussão e construção dessas competências (PINHEIRO et al., 2015).

A Conferência de Galway, realizada na Irlanda, em 2008, deu início aos debates para a construção de diretrizes para a promoção e educação em saúde e dela resultou o Consenso de Galway. Posteriormente, foi proposto o documento, o projeto “Desenvolvendo competências e padrões profissionais para a construção da capacidade em PS na Europa”, que aponta valores, princípios e domínios de competências fundamentais para a saúde pública e representa a base para os princípios conceituais desse documento (DEMPSEY; BATTEL-KIRK; BARRY, 2011).

Ainda segundo esse documento, os nove domínios contidos nas Competências Principais de Promoção da Saúde (CompHP) são: (1) Possibilidade de mudanças; (2) Advocacia em saúde; (3) Parceria; (4) Comunicação; (5) Liderança; (6) Diagnóstico; (7) Planejamento; (8) Implementação e (9) Avaliação e Pesquisa que, em conjunto, fornecem um guia para o desenvolvimento de habilidades e CPS (PINHEIRO et al., 2015).

Com base no exposto, a fim de um cuidar direcionado à PS do idoso, visando a processos de educação em saúde eficazes, faz-se necessário que o profissional de saúde se aproprie de competências específicas. Nesse sentido, acredita-se que os processos formativos possam ser utilizados para alcançar esse propósito.

Para uma compreensão e aproximação do fenômeno, realizou-se uma busca nas bases de dados *Medical Literature Analyses and Retrieval System Online* (MEDLINE), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e na biblioteca *Scientific Eletronic Library Online* (SciELO), considerando o período de 2013 a 2017. A busca foi realizada por meio de método integrado, utilizando-se os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): PS, educação em saúde e saúde do idoso. Dos 35.211 artigos encontrados, considerando que o objeto da busca foi identificar, nas evidências científicas, as principais estratégias e temáticas de educação em saúde para a PS desenvolvidas com idosos, foram selecionados 24 artigos ao final, entre nacionais e internacionais. Este *corpus* constitui material de análise para a elaboração do artigo apresentado na revisão de literatura desta dissertação.

Observou-se, ao final da análise, pela quantidade e variabilidade de estudos incluídos na revisão, a importância da educação em saúde com a população idosa. E, ao mostrar as produções científicas nacionais e internacionais voltadas à educação em saúde com idosos, foi possível identificar algumas estratégias utilizadas com esse público, além das temáticas contempladas.

Desse modo, com base na problemática apresentada e considerando a relevância da temática em questão, visando ao enfrentamento da mesma, ainda se observa a necessidade de se ampliarem as investigações, bem como a realização de estudos do tipo intervenção, os quais possibilitam uma melhor compreensão e visibilidade do problema.

Este fato, aliado à vivência profissional da autora, ao perceber que, na prática dos profissionais da APS de Aurora (CE), segundo os cronogramas das unidades que seguem as orientações propostas pelo Programa Nacional de Melhoria do Acesso e

da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), terceiro ciclo (BRASIL, 2017b), as ações de educação em saúde são previstas para os usuários, que incluem também os idosos, no entanto, pode-se afirmar, mesmo de modo empírico, que essas ações não têm acontecido conforme esse planejamento apresentado nos cronogramas mensais das unidades, que mostram uma atividade de educação em saúde com idosos mensal por Unidade Básica de Saúde (UBS).

No ano de 2017, houve 167 registros de atividades educativas nas 12 unidades do município e 16 foram para o público geriátrico, mostrando uma realidade bem diferente daquela pensada nos cronogramas elaborados pelas equipes.

Outro aspecto que merece ser destacado refere-se ao modo de realização dessas ações direcionadas aos idosos, realizadas principalmente pelas enfermeiras das equipes de saúde da família de Aurora (CE) e, na grande maioria, desenvolvidas no enfoque biologicista, com a transmissão de informações técnico-científicas de forma verticalizada, com ocorrência esporádica, sem a formação de grupos com temáticas principais voltadas a doenças crônicas.

Vale salientar, também, o grande interesse da autora pela temática da saúde do idoso, estando inserida nessa realidade ao se aproximar do tema como especialista em Geriatria desde 2017, percebendo a necessidade de se pensar ações que possam resultar em melhora da autonomia e independência desse grupo, que reduzam fragilidades físicas, psíquicas e sociais e levem a uma qualidade de vida dessa população, como as medidas preventivas nas quais se insere a educação em saúde como forma de empoderamento do idoso.

Diante desse cenário, surgiram questionamentos que nortearam a realização da pesquisa, a saber: “Propostas formativas, que contemplem as CPS, facilitam a realização de educação em saúde com idosos?”; “Que domínios de CPS estão presentes nas ações de educação em saúde com idosos realizadas pelos profissionais da ESF?”; “Quais as necessidades de aprendizagem dos profissionais para os processos de educação em saúde com idosos?”.

Nesse sentido, apresenta-se uma proposta de formação para os profissionais da ESF, voltada para a PS (educação em saúde) com idosos, orientada pelos domínios de competências do CompHP.

Diante do exposto, o desenvolvimento desta dissertação partiu do reconhecimento das lacunas existentes nas práticas de educação em saúde para a PS do idoso desenvolvidas pelos profissionais da ESF e justificou-se pela

necessidade de contribuir para a realização de ações de educação em saúde voltadas para os idosos, as quais, muitas vezes, se apresentavam ausentes ou limitadas a práticas tradicionais devido à necessidade de aquisição de suporte técnico-pedagógico pelos profissionais.

Merece destaque a vinculação do estudo com a linha de pesquisa Educação na Saúde do Mestrado Profissional em Saúde da Família (MPSF), da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF), que compreende a formulação, implantação e avaliação de iniciativas de formação e desenvolvimento profissional dos trabalhadores de saúde, a fim de uma reorientação dos processos de trabalho na saúde, visando à humanização, integralidade, resolubilidade e participação popular (REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA, 2013).

2 OBJETIVOS

“A realidade, porém, não é inexoravelmente esta. Está sendo esta como poderia ser outra e é para que seja outra que precisamos, os progressistas, lutar.” (FREIRE, 2005, p. 83)

2.1 OBJETIVO GERAL

Elaborar uma proposta de formação para os profissionais da ESF voltada para práticas de educação em saúde com idosos e orientada pelos domínios do CompHP.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Reconhecer os domínios de competências do CompHP presentes nas ações de educação em saúde realizadas pelos profissionais da ESF;
- b) Identificar as necessidades de aprendizagem dos profissionais da ESF para processos de educação em saúde com idosos.

3 REVISÃO DA LITERATURA

“O direito de saber melhor o que já sabem, ao lado de outro direito, o de participar, de algum modo, da produção do saber ainda não existente”
(FREIRE, 2006, p. 111).

Para uma aproximação com o arcabouço teórico da temática estudada, realizou-se uma revisão integrativa da literatura, procedimento que permite a síntese e análise do conhecimento científico existente sobre a temática investigada, de forma sistemática em relação aos seus objetivos, materiais e métodos, bem como possibilita que os leitores obtenham informações e avaliem a pertinência do processo empregado na elaboração da revisão (BOTELHO; CUNHA; MACEDO, 2011).

O artigo apresentado nesta seção está intitulado como **Educação em saúde como estratégia para promoção da saúde dos idosos: uma revisão integrativa**, que objetivou identificar as principais temáticas e estratégias de educação em saúde para a PS de idosos. Este artigo foi publicado na Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia (RBGG) (Qualis B2) e está aqui exposto no formato em que está disponível no site: <https://www.rbgg.com.br/>.



Educação em saúde como estratégia para promoção da saúde dos idosos: Uma revisão integrativa

Health education as a strategy for the promotion of the health of the elderly: an integrative review

Cícera Amanda Mota Seabra¹
 Samyra Paula Lustosa Xavier²
 Yana Paula Coelho Correia Sampaio³
 Milma Fontenele de Oliveira⁴
 Glauber da Silva Quirino⁵
 Maria de Fátima Antero Sousa Machado⁵

Resumo

Objetivo: Identificar as principais temáticas e estratégias de educação em saúde para promoção da saúde de idosos. **Método:** Revisão integrativa da literatura realizada nos meses de março e abril de 2018, por meio da Biblioteca Virtual de Saúde, nas bases *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE), *Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde* (LILACS) e na *Scientific Electronic Library Online* (SciELO). Após processo de busca e seleção das publicações, a amostra final se constituiu de 24 artigos. **Resultados:** Dezoito artigos nacionais, a maioria realizados no sudeste e sul do Brasil, cujas temáticas de alimentação saudável e práticas de exercício físico se manifestaram com maior frequência nas práticas de educação em saúde com idosos. **Conclusão:** As ações de educação em saúde estiveram voltadas para alimentação saudável e atividade física, realizadas por meio de oficinas grupais, seminários e/ou palestras, desenvolvidas, em sua maioria, por enfermeiros e agentes comunitários de saúde componentes das equipes de saúde da família.

Palavras-chave: Promoção da Saúde. Educação em Saúde. Saúde do Idoso.

Abstract

Objective: To identify the key issues and health education strategies for the health promotion for the elderly. **Method:** An integrative literature review was conducted during the months of March and April 2018, by means of the Virtual Health Library, in the *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*, *Latin American Literature in Health Sciences*

Keywords: Health Promotion. Health Education. Health of the Elderly.

- 1 Universidade Regional do Cariri (URCA), Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF), Programa de Pós-graduação em Saúde da Família. Crato, CE, Brasil.
- 2 Universidade Regional do Cariri (URCA), Departamento de Enfermagem. Iguatu, CE, Brasil.
- 3 Faculdade de Medicina Estácio de Juazeiro do Norte, Eixo Saúde da Família. Juazeiro do Norte, CE, Brasil.
- 4 Universidade Federal do Cariri (UFCA), Coordenadoria de Qualidade de Vida no Trabalho/Pro-Reitoria de Gestão de Pessoas. Juazeiro do Norte, CE, Brasil.
- 5 Universidade Regional do Cariri (URCA), Departamento de Enfermagem. Crato, CE, Brasil.

Os autores declaram não haver conflito na concepção desse trabalho.
 Não houve financiamento na execução deste trabalho.

Correspondência/Correspondence:
 Cícera Amanda Mota Seabra
 amandaseabra@gmail.com

Recebido: 08/02/2019
 Aprovado: 09/08/2019

<http://dx.doi.org/10.1590/1981-22562019022.190022>

and the Scientific Electronic Library Online databases. After the search process and the selection of publications, the final sample consisted of 24 articles. *Results:* A total of 16 Brazilian articles, the majority of which were carried out in the southeast and south of the country, were identified, in which the most frequently expressed themes for the health education of the elderly were healthy eating and physical exercise practices. *Conclusion:* The actions of education in health were focused on healthy eating and physical activity, carried out by means of group workshops, seminars and/or lectures, performed, in the majority, by nurses and community health agents who were part of family health teams.

2 de 12

INTRODUÇÃO

A educação em saúde é entendida como um processo educativo de construção de conhecimentos, que visa à apropriação da temática pela população¹. Refere-se a um conjunto de práticas que contribuem para o aumento da autonomia individual e coletiva das pessoas e para o debate com os profissionais e os gestores, de modo a alcançar uma atenção à saúde de acordo com as necessidades dos indivíduos e das comunidades, melhorando a qualidade de vida e saúde da população^{2,3}.

Enquanto processo pedagógico emancipatório, a educação em saúde favorece o desenvolvimento da autonomia intelectual, tornando-se uma ferramenta imperante para promoção da melhoria da qualidade de vida e saúde dos idosos^{4,5}.

A Atenção Primária à Saúde (APS), tendo como principal cenário a Estratégia de Saúde da Família (ESF), aparece como locus privilegiado de práticas educativas em saúde, pois o trabalho integrado da equipe de profissionais favorece e mobiliza esforços para contribuir na manutenção da saúde individual e coletiva⁶, o que pode favorecer a consciência crítica e transformadora, permitindo o exercício da cidadania e efetivando mudanças pessoais e sociais.

Logo, os profissionais de saúde da atenção primária possuem a importante função de promover programas e atividades de educação em saúde, visando à qualidade de vida dos indivíduos e famílias, devendo estas ações estarem integradas ao cuidado⁷. Para isso, tais ações devem ser planejadas e direcionadas ao público-alvo adequado, articuladas por uma equipe multiprofissional e executadas permanentemente, considerando o que os sujeitos precisam e desejam saber para que se promova sua saúde⁸.

A temática em questão aparece em destaque na agenda de prioridades de pesquisa segundo parecer do Ministério da Saúde, para o ano de 2018, uma vez que incentiva a avaliação da implantação de estratégias de educação em saúde no Sistema Único de Saúde (SUS); o levantamento de metodologias inovadoras, participativas e resolutivas de educação em saúde com pessoas idosas; e a avaliação do impacto das práticas de educação em saúde com pessoas idosas na Atenção Primária⁹.

Evidencia-se, portanto, a importância da temática, tanto em termos de atuação da prática assistencial, como no cenário de pesquisa; ao passo que se acredita que promover ações de educação em saúde com idosos, com a participação dos mesmos, familiares e comunidade, é um método efetivo na promoção da saúde e qualidade de vida dessa população. Sendo assim, faz-se necessário aprofundar o conhecimento acerca dessa temática.

Nessa perspectiva, a presente pesquisa teve como objetivo identificar as principais temáticas e estratégias de educação em saúde para a promoção da saúde de idosos.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura. Para construção desse estudo, foram seguidas seis etapas fundamentais: identificação do tema e seleção da questão de pesquisa; estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão dos estudos; categorização dos estudos; avaliação dos estudos; interpretação dos resultados e síntese do conhecimento¹⁰.

Para condução da pesquisa, elaborou-se a seguinte questão norteadora: *Quais as principais*

estratégias utilizadas e temáticas abordadas nas ações de educação em saúde, com vistas à promoção da saúde direcionada para a população idosa?

A partir da questão norteadora, com o intuito de facilitar a definição dos descritores, utilizou-se a estratégia PVO (População, Variável de interesse e Outcome/desfecho), onde foi definido como população do estudo “idosos”, a variável de interesse foi “educação em saúde” e o desfecho/Outcome “a promoção da saúde”.

As buscas foram realizadas entre os meses de março e abril de 2018, por dois avaliadores independentes, por meio da Biblioteca Virtual de Saúde, nas bases *Medical Literature Analyses and Retrieval System Online* (MEDLINE), *Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde* (LILACS) e na *Scientific Electronic Library Online* (SciELO). A escolha dessas bases justifica-se pela abrangência científica que têm acerca das pesquisas no campo da promoção da saúde.

Para as buscas foram selecionados os descritores controlados: “Saúde do Idoso”, “Educação em Saúde” e “Promoção da Saúde”, que foram cruzados com o auxílio do operador booleano AND, utilizando o método de busca avançada a partir da categorização por título, resumo e assunto.

Como critérios de inclusão foram eleitos: estudos cuja temática estivesse relacionada à educação em saúde com idosos em formato de artigo e disponível para *download*, nos idiomas inglês, português e espanhol, com ano de publicação entre 2013 e 2017. Justifica-se este recorte temporal por ter sido no ano de 2013 implementado o Decreto nº 8.114, que trata do Compromisso Nacional para o Envelhecimento Ativo¹¹, no qual estão incluídas as ações de educação em saúde. Com relação aos critérios de exclusão elegeram-se: estudos no formato de dissertações, teses, artigos de reflexão e de revisão de literatura, documentários, ensaios e/ou resenhas.

A busca nas bases resultou 35.211 estudos, destes, 2.439 artigos na LILACS, 32.157 na MEDLINE e 615 na SciELO.

Após a aplicação dos filtros, a etapa seguinte consistiu em selecionar os trabalhos a partir da leitura de títulos e resumos, dos quais foram excluídos aqueles que explicitamente não se adequavam ao escopo dessa pesquisa, obtendo-se um total de 64 artigos potencialmente elegíveis, que prosseguiram para leitura na íntegra. Nesta etapa, foram excluídos três artigos repetidos; 12 não adequados à temática; três revisões de literatura; três artigos de reflexão e 19 que não estavam disponíveis para *download*, obtendo-se um total de 24 estudos que compuseram a amostra final.

A etapa de avaliação dos estudos permitiu identificar que de acordo com a pirâmide de evidências¹² dois estudos estavam no segundo nível, sendo, portanto, ensaios clínicos; um no terceiro, estudo coorte; um no quarto, estudo do tipo caso-controle; cinco no nível cinco, caracterizados como estudos quase experimentais e 15 no nível seis de evidências científicas, estudos descritivos.

Para extração dos dados, elaborou-se um formulário próprio contendo dados bibliométricos acerca dos artigos estudados, sintetizados no Quadro 1, e as informações referentes às estratégias pedagógicas utilizadas, os profissionais envolvidos e resultados obtidos na educação em saúde, que estão apresentados de forma descritiva nas seções a seguir.

RESULTADOS

Considerando as variáveis selecionadas para apresentação dos artigos, o Quadro 1 apresenta de forma sintética os aspectos estudados: autores, ano, local, tipo de estudo, amostra e objetivos dos estudos.

Quadro 1. Descrição dos artigos selecionados quanto aos autores, ano e local, tipo de estudo, amostra e objetivos do estudo.

Autores	Ano e Local	Tipo de Estudo e Amostra	Objetivos do Estudo
Mendonça et al. ¹³	2013, Viçosa, MG, Brasil	Relato de experiência/20 idosos	Relatar uma experiência de trabalho junto aos idosos e subsidiar uma reflexão teórico-crítica a respeito da prática das oficinas educativas como estratégia de educação em saúde, à luz do pensamento freireano, baseado na utilização de metodologias participativas.
Nogueira et al. ¹⁴	2013, Goiânia, GO, Brasil	Pesquisa qualitativa/23 idosos e seis agentes comunitários de saúde	Identificar fatores terapêuticos presentes em grupo de promoção da saúde de idosos.
Evers et al. ¹⁵	2013, Austrália	Coorte/710 idosos	Realizar uma avaliação multifacetada de uma campanha de <i>marketing</i> social para aumentar a conscientização da asma entre os idosos em uma comunidade australiana regional.
Bhurosy e Jeewon ¹⁶	2013, Maurício, África Oriental	Modelo experimental/80 pessoas com 40 anos ou mais	Avaliar a eficácia de uma intervenção educacional baseada na teoria para melhorar a ingestão de cálcio, a autoeficácia e o conhecimento dos mauricianos mais velhos.
Chung e Chung ¹⁷	2014, Hong Kong	Estudo experimental/60 idosos	Avaliar um programa de três semanas que inclui demonstrações culinárias com amostras de alimentos gratuitos na motivação de adultos idosos para cozinhar mais e melhorar o seu estado nutricional.
Ferreti et al. ¹⁸	2014, Chapecó, SC, Brasil	Pesquisa qualitativa/sete idosos	Verificar o impacto de um programa de educação em saúde no conhecimento de idosos sobre doenças cardiovasculares.
Janini et al. ¹⁹	2015, Rio de Janeiro, RJ, Brasil	Pesquisa qualitativa/83 idosos	Analisar o impacto das ações de promoção e educação em saúde na busca da qualidade de vida, na autonomia e no autocuidado da pessoa idosa.
Sink et al. ²⁰	2015, Estados Unidos	Ensaio clínico randomizado/1.635 participantes	Determinar se um programa de atividade física de 24 meses resulta em melhor função cognitiva, menor risco de deficiência cognitiva ligeira (MCI) ou demência, ou ambos, em comparação com um programa de educação sanitária.
Machado et al. ²¹	2015, Minas Gerais, Brasil	Pesquisa convergente/21 idosos e nove profissionais de saúde	Descrever as fases do processo de potencialização de um grupo de terceira idade de uma comunidade rural.
Almeida et al. ²²	2015, Viçosa, MG, Brasil	Estudo de intervenção/82 participantes	Analisar as possíveis mudanças ocorridas nas medidas antropométricas e nos níveis de aptidão física funcional dos idosos participantes de um projeto de intervenção comunitária.
Caprara, et al. ²³	2015, Madrid, Espanha	Estudo quantitativo/73 participantes	Atestar a eficácia do Vital Aging-Multimedia, um programa de multimídia psicoeducacional projetado para promover o envelhecimento bem-sucedido.
Sousa e Oliveira ²⁴	2015, Braga, Portugal	Estudo de intervenção/25 idosos	Contribuir para o envelhecimento ativo de usuários de centros-dia/convívio para idosos, desenvolvendo harmoniosamente todas as dimensões, visando que os utentes fossem autônomos, participativos e ativos.

continua

Continuação do Quadro 1

Autores	Ano e Local	Tipo de Estudo e Amostra	Objetivos do Estudo
Cecílio e Oliveira ²⁵	2015, Limeira, SP, Brasil	Estudo de intervenção/23 idosos	Promover, por meio de atividades de Educação Nutricional, hábitos alimentares saudáveis em um grupo de idosos institucionalizados.
Luten et al. ²⁶	2015, Groningen, Holanda	Pesquisa quase-experimental/564 idosos	Avaliar o alcance e os efeitos a curto e médio prazo, intervenção (com campanha de mídia local e abordagens ambientais) sobre a atividade física e alimentação saudável em idosos em uma comunidade socioeconomicamente desfavorecida em comparação com um grupo controle.
Lucena et al. ²⁷	2016, João Pessoa, PB, Brasil	Relato de experiência/99 idosos	Descrever um relato de práticas de educação em saúde de um projeto de extensão universitária, incentivando a adoção de medidas preventivas de autocuidado em relação à saúde do idoso.
Munhoz et al. ²⁸	2016, Santa Maria, RS, Brasil	Relato de experiência/144 idosos	Relatar a experiência de integrantes do Programa de Educação Tutorial do curso de Enfermagem no projeto de extensão "Acamparida", realizado anualmente com idosos, por meio de atividades de educação em saúde.
Barbosa et al. ²⁹	2016, Recife, PE, Brasil	Relato de experiência/30 participantes	Relatar a experiência interdisciplinar vivenciada em uma Estratégia de Saúde da Família (ESF) com um Grupo de Idosos, por meio do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) desenvolvido na Universidade Federal de Pernambuco (UFPE).
Nascimento e Ramos ³⁰	2016, Petrolina, PE, e Juazeiro, BA, Brasil	Relato de experiência/150 idosos	Apresentar o conjunto de atividades desenvolvidas, semanalmente, por 10 alunos do curso de Medicina da Universidade Federal do Vale do São Francisco em Pernambuco com grupos de idosos integrantes do Programa Vida Ativa (PVA) e da Universidade Aberta à Terceira Idade (UNATI/ Univasf).
Lopes et al. ³¹	2016, Florianópolis, SC, Brasil	Pesquisa qualitativa/69 pessoas	Verificar os aspectos pedagógicos mais relevantes de uma aula de exercícios físicos para a adoção e a permanência em programas de atividades físicas na percepção de idosos longevos.
Si et al. ³²	2016, Diamantina, MG, Brasil	Pesquisa quantitativa/28 participantes	Identificar e descrever as ações de promoção à saúde relacionadas à atividade física de idosos nas unidades básicas de saúde, assim como a percepção dos responsáveis sobre essa prática.
Jih et al. ³³	2016, São Francisco, Califórnia, Estados Unidos	Ensaio randomizado de grupo/756 idosos	Comparar os efeitos de dois tipos de intervenção: palestras e materiais impressos em chinês versus materiais impressos em chinês sozinho sobre o conhecimento e adesão às diretrizes de nutrição e de atividade física entre imigrantes chineses mais velhos em São Francisco, Califórnia.
Amthauer e Falk ³⁴	2017, Porto Alegre, RS, Brasil	Pesquisa qualitativa/16 profissionais	Identificar as ações e práticas realizadas pelos profissionais de saúde junto aos idosos que buscam atendimento em uma Unidade Básica de Saúde
Mendonça et al. ³⁵	2017, Uberaba, MG, Brasil	Pesquisa-ação/98 profissionais de saúde	Avaliar o desenvolvimento e implementação de uma ação de educação permanente direcionada a profissionais da atenção primária acerca do tema "grupos de educação em saúde com idosos".
Santos et al. ³⁶	2017, Quixadá, CE, Brasil	Relato de experiência/22 idosos	Relatar a experiência da percepção de discentes sobre ações educativas em saúde voltadas a idosos da casa de acolhida Remanso da Paz, Quixadá, CE.

As temáticas trabalhadas nas ações de educação em saúde foram variadas, no entanto, houve predominância de discussões acerca da alimentação saudável^{17,20,22,25,26,28,29,33,35} e da prática de exercícios físicos^{20,22,26,28,31,32,34,35}. Dentre outros temas, destacaram-se as doenças crônicas com ênfase para hipertensão arterial^{18,27,36}, diabetes melitus^{18,27,36}, doenças respiratórias¹⁵, sexualidade^{28,30}, envelhecimento ativo³⁰, hábitos saudáveis^{21,23,35}, medicamentos^{13,36}, questões legais e financeiras^{20,28}; e participação social^{23,24}.

Essas ações foram desenvolvidas pelos profissionais de saúde, em sua maioria, trabalhadores da atenção primária; contando com a participação de agentes comunitários de saúde^{14,21,34,35}, enfermeiros^{34,35}, técnicos de enfermagem^{21,32,34}, médicos³⁴ e cirurgião-dentista³⁵. Apenas um artigo¹⁹ não especificou a categoria profissional.

Em muitos estudos, as ações foram executadas por discentes e docentes de vários cursos de graduação, principalmente do curso de Enfermagem^{13,27,28}, seguido de outros cursos com menor incidência, como: Medicina^{27,30}, Educação Física^{22,32}, Nutrição^{22,29}, Farmácia³⁶, Terapia Ocupacional²⁹ e Fisioterapia¹².

No que diz respeito às estratégias adotadas para aplicação das atividades de educação em saúde, nove estudos utilizaram oficinas em grupo^{3,20-22,27-29,32,34}; cinco utilizaram seminários e/ou palestras^{17,18,30,33,36}; três fizeram uso de materiais expositivos, dinâmicos e conversas informais^{18,25,30}; dois aplicaram a exposição dialogada^{16,24}; campanhas de *marketing*^{15,26} e educação por meio digital²¹. Em três estudos não houve menção das estratégias adotadas^{14,31,35}.

Como referencial teórico para condução dos estudos, dois^{13,27} se basearam no referencial de Paulo Freire. Muitos artigos, embora não o mencionassem diretamente, falavam em uma educação em saúde com abordagem participativa e dialógica, visando o empoderamento do sujeito, o que condiz com o pensamento freiriano^{18,22,25,28,30,35}. Dentre outros referenciais evidenciaram-se a Política Nacional de Promoção da Saúde¹⁹, um modelo de crença em saúde¹⁶, dinâmica de grupo de Kurt Lewin²¹, paradigma interpretativo hermenêutico²⁴ e o modelo integrado de mudança²⁸, no entanto, 10 estudos não referiram uso de referencial^{15,17,20,23,29,31,34,36}.

As ações desenvolvidas foram avaliadas de forma positiva, tanto pelos idosos, como pelos executores das ações em todos os estudos analisados. Mesmo os que apresentaram estratégias com multimídia ou apenas campanhas de *marketing*, mostraram resultados avaliativos de impactos mais modestos, mas que referenciava algum benefício na promoção da saúde dos idosos.

6 de 12

DISCUSSÃO

Os dados demonstraram a versatilidade que as ações de educação em saúde apresentam aos profissionais de saúde enquanto estratégia para promover a saúde da população idosa, tanto em relação às temáticas abordadas quanto às estratégias utilizadas.

Os achados colocam em evidência o valor da educação em saúde para essa população específica, principalmente quando ocorre a troca de saberes científico e popular; com a valorização do saber mútuo, dando importância ao diálogo e elevando o poder de compreensão do idoso de si, do outro e do mundo, ampliando a compreensão de realidades diversas.

Constata-se, portanto, que a educação em saúde para idosos é um tema de interesse mundial, uma vez que as mudanças demográficas e epidemiológicas atuais destacam a necessidade de valorizar ações para este público, com foco no desenvolvimento da autonomia, da independência e da melhora na qualidade de vida, a partir de um envelhecimento ativo e saudável.

O interesse pelo desenvolvimento de estudos acerca do envelhecimento ativo ao longo dos últimos anos justifica-se pelo cenário de transição demográfica, com aumento da proporção de idosos na população mundial e brasileira.

No cenário nacional, o reconhecimento dessa temática como prioridade de pesquisa apontada pelo Ministério da Saúde⁴, impulsiona a produção científica na área, tendo em vista a necessidades de identificar e discutir as questões que se relacionam as novas demandas da sociedade, bem como buscar estratégias que estimulem autonomia e melhorem a qualidade de vida do público geriátrico.

Em relação às temáticas das ações educativas com o público idoso, houve predominância de temas como alimentação saudável e prática de atividade física, o que é corroborado por estudo que evidenciam que a promoção da saúde era essencial em todas as idades, e que para os idosos seu valor é inquestionável, sendo fundamental que se criem, nos idosos, hábitos de vida saudáveis, nomeadamente no que concerne a sua alimentação e exercício físico²⁴.

Doenças crônicas como hipertensão e diabetes também foram temas frequentes, o que pode ser explicado pela maior prevalência de tais agravos com o avançar da idade³⁵, merecendo especial atenção.

Em estudo nacional³⁵ a escolha dos temas a serem trabalhados com os grupos de idosos era decidida principalmente pelas necessidades observadas pelo profissional, sendo os assuntos mais abordados atividade física (90%), alimentação (85%) e hábitos de vida (75%).

Destaca-se assim, a necessidade de transformação do modo tradicional de se conduzir grupos de educação em saúde³⁶. É preciso ir além dos temas biomédicos recorrentes como: doença, medicações, complicações e tratamentos, de modo que se possam alcançar outros temas como lazer, troca de experiências populares e culinária saudável comunitária; dentre tantas outras possibilidades a serem trabalhadas em um grupo de educação em saúde com idosos.

Alguns dos estudos^{13,34,38,39,42,24,28-30,35} sinalizaram a importância de valorizar a participação dos idosos nas ações, de modo a buscar os temas de seu interesse, além de centrar-se em suas vivências e experiências prévias. Verifica-se que quando o idoso interage e a atividade educativa se baseia em suas necessidades, ela se torna mais produtiva e com respostas mais efetivas.

A promoção da saúde nos apresenta desafios para o processo de educação em saúde, como iniciativas mais dialógicas e reflexivas a partir de experiência prática dos atores³⁷. A educação problematizadora defendida por Paulo Freire se insere como referencial para abordagens educativas por meio de estratégias participativas.

Alguns autores^{33,35,38} acreditam que as estratégias participativas e as abordagens lúdicas podem contribuir com o envelhecimento saudável e ativo, pois são espaços reais da expressão individual e do coletivo das vivências e troca de saberes; como defende Paulo Freire, tornam-se práticas de educação libertadora e emancipadora, na medida em que concentram-se nas experiências do sujeito, possibilitando a livre expressão e que abordem temas de interesse dos participantes, sem menosprezar o conhecimento prévio, levando a troca entre saber científico e popular, não transmissão vertical de informações, de forma não dialética.

Tentar romper com o aspecto tradicional nas oficinas educativas e deixar que a organização de uma delas fosse executada pelos idosos participantes foi relatado em estudo que teve como resultado, a criatividade, interesse e comprometimento dos membros, que em unanimidade, elegeram essa oficina como a melhor do grupo³⁹.

As literaturas^{21,39} apontam a formação de grupos e oficinas com idosos como boas estratégias para o processo de convivência entre eles, assim como, o empoderamento de sua saúde, participação dos membros, execução prática do aprendizado adquirido, bem como a troca de experiências e conhecimentos entre os usuários do serviço e os profissionais de saúde.

No contexto dos trabalhadores do SUS é especialmente o enfermeiro da equipe de saúde da família que assume as ações educativas, reguladas pelas diretrizes da promoção da saúde⁴⁰; mas, acredita-se que é responsabilidade de toda a equipe de saúde trabalhar de forma integral, focada na prevenção e promoção da saúde.

No tocante a prática médica nas ações de prevenção e promoção da saúde, é possível observar que este profissional não está familiarizado com essa prática; assim, não se dispõe a trabalhar com ações de educação em saúde^{40,41}.

É devido a essa lacuna, que se compreende a importância da Educação Permanente em Saúde (EPS) dos profissionais que atuam na atenção primária, já evidenciada em 2017 no PRO EPS-

SUS, por meio da Portaria GM/MS nº 3.194, que considerava a necessidade de retomar o financiamento e o processo de planejamento de ações de EPS nos âmbitos estadual e local⁴².

Essa portaria visando os repasses financeiros aos municípios de verba para ações de EPS no território objetivava estimular, acompanhar e fortalecer a qualificação profissional dos trabalhadores da área da saúde, a fim de transformar as práticas de saúde, em direção ao atendimento dos princípios fundamentais do SUS, a partir da realidade local e da análise coletiva dos processos de trabalho.

Sendo assim, o governo vem percebendo que valorizando a educação permanente dos profissionais de saúde, poderá ter retornos no âmbito de melhoria da situação de saúde da população. Isso pode ser facilitado pela inserção da universidade nas ações de educação em saúde nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), bem como em outros locais onde há a presença do público idoso, como nas instituições de longa permanência.

O Ministério da Saúde e o Ministério da Educação e Cultura vêm estimulando a parceria entre as instituições formadoras de profissionais e os serviços de saúde, visando aproximá-los do SUS e das necessidades de saúde da população brasileira, por meio de programas que integram ensino-serviço-comunidade, bem como iniciação ao trabalho e à pesquisa, com participação de estudantes da graduação de vários cursos, docentes de instituições de ensino e profissionais dos serviços²⁹.

Planejar atividades com idosos de forma interdisciplinar é desafiador para os estudantes, já que antes as ações eram desenvolvidas sem uma abordagem participativa e dinâmica dos usuários, mas ao adotar essas estratégias dialógicas, observaram-se mudanças de comportamento dos membros do grupo, com a satisfação relatada dos idosos, da equipe e de todos os envolvidos no processo. Pode-se verificar que os discentes/docentes funcionaram como facilitadores de novas possibilidades, com outro olhar acerca das necessidades do grupo e das práticas adotadas para o cuidado dos usuários geriátricos na UBS²⁹.

Apesar desse expansivo processo de envelhecimento populacional, os artigos mostraram que estudar melhores formas de realizar ações de educação em saúde para o público idoso que possam contribuir e estimular o autocuidado, a autonomia e a melhora da qualidade de vida, ainda se fazem necessárias^{13,15,16,18,21,23,24,26,28}.

O reconhecimento de que as intervenções educativas, voltadas aos cuidados preventivos e de bem-estar para idosos, são elementos-chave na prestação de cuidados de saúde e que, a partir da análise de especialistas em políticas de saúde e agências governamentais, essas ações são custo-efetivas e têm um grande potencial em promover o bem-estar físico e mental dessa população⁴³.

Acredita-se que as estratégias de promoção de saúde e prevenção de enfermidades, associadas a melhores práticas assistenciais, poderão contribuir para a redução na proporção de idosos fragilizados, com melhoria das condições de saúde desse grupo e redução dos custos ao sistema; dessa forma, abordagens participativas são possibilidades de efetivação dessas medidas preventivas¹⁸.

No Brasil, a importância de ações promotoras de bem-estar e seu impacto nos custos na saúde foram mencionadas em um estudo¹². A análise se fundamentou na ideia de que o aumento do número de doentes das diversas faixas etárias, especialmente idosos, levava a maior demanda dos serviços de saúde, consequentemente, com aumento dos gastos. Logo, a prevenção foi considerada o melhor investimento. Sendo assim, devem ser criadas estratégias capazes de retardar doenças e incapacitações, visando aumentar o nível de independência e autonomia das pessoas.

Mais estudos precisam ser realizados para avaliar o impacto de atividades voltadas à população idosa, assim como, elucidar a necessidade de novas estratégias de educação em saúde, que se orientem por temáticas de interesse dos idosos e que possam contribuir com a melhoria de sua qualidade de vida. Também devem ser incentivados aqueles que avaliem essas ações e seus impactos na população de idosos, bem como estudos com níveis de evidência um e dois.

Apontam-se como limitações desse estudo: a não realização de uma análise da eficácia das ações educativas desenvolvidas sob a percepção dos idosos, uma vez que as discussões apresentadas se baseiam, em sua maioria, a partir da percepção que os profissionais tiveram sobre as ações implementadas. Em outra direção, a escassez de estudos que discorram sobre a eficácia e a efetividade dessas ações para o setor de saúde também se apresenta como desafios para a investigação científica.

CONCLUSÃO

Conclui-se que as ações de educação em saúde voltadas à pessoa idosa se fundamentam, principalmente, na promoção da alimentação saudável e na prática de exercícios físicos, sendo

desenvolvidas, sobretudo, pelos enfermeiros das equipes da estratégia de saúde da família e pelos agentes comunitários de saúde, por meio de oficinas grupais e seminários/palestras.

Evidenciou-se ainda, que as ações promotoras de bem-estar com foco na educação em saúde voltada à população idosa eram importantes estratégias utilizadas pelos profissionais da saúde e/ou estudantes universitários para promover um cuidado integral e que favoreça o envelhecimento saudável e ativo.

A inovação desse estudo fundamenta-se em convergir as áreas temáticas relevantes para a pesquisa e assistência ao público idoso, possibilitando aos leitores aprofundar o conhecimento acerca das principais temáticas e estratégias utilizadas, bem como as lacunas para desenvolvimento de novos estudos.

Editado por: Ana Carolina Lima Cavaletti

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 2.528, de 20 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Diário Oficial da União. 19 out. 2006.
2. Falkenberg MB, Mendes TPL, Moraes EP, Souza EM. Health education and education in the health system: concepts and implications for public health. *Ciênc Saúde Colet* [Internet]. 2014;19(3):847-52. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000300847
3. Salci MA, Maceno P, Rozza SG, Silva DMGV, Boehs AE, Heidemann ITSB. Educação em saúde e suas perspectivas teóricas: algumas reflexões. *Texto & Contexto Enferm* [Internet]. 2013 [acesso em 31 jan. 2018];22(1):224-30. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072013000100027&lng=en
4. Roecker SE, Nunes EFPA, Marcon SS. O trabalho educativo do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família. *Texto & Contexto Enferm* [Internet]. 2013 [acesso em 25 jun. 2019];22(1):157-65. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072013000100019&lng=en
5. Oliveira MR, Veras RP, Cordeiro HA, Pinzato MT. A mudança de modelo assistencial de cuidado ao idoso na Saúde Suplementar: identificação de seus pontos-chave e obstáculos para implementação. *Physis* [Internet]. 2016 [acesso em 13 maio 2018];26(4):1383-94. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312016000401383&script=sci_abstract&lng=pt
6. Gautério DP, Vidal DAS, Barlem JGT, Santos SSC. Action by nurses to educate older adults: the family health strategy. *Rev Enferm UERJ* [Internet]. 2013 [acesso em 13 maio 2018];21(6):824-8. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/12302>
7. Nunes JM, Oliveira EN, Machado MPAS, Costa PNP, Vieira NFC. Ser mulher e participar de grupo educativo em saúde na comunidade: motivações e expectativas. *Rev Enferm UERJ* [Internet]. 2014 [acesso em 03 jun. 2018];22(1):123-8. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v22n1/v22n1a19.pdf>
8. Leite CT, Vieira RP, Machado CA, Quirino GS, Machado MPAS. Prática de educação em saúde percebida por escolares. *Cogitare Enferm* [Internet]. 2014 [acesso em 03 jun. 2018];19(1):13-9. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/35925/22157>

9. Brasil. Ministério da Saúde. Agenda de Prioridades de Pesquisa do Ministério da Saúde - APPMS [Internet]. Brasília, DF: MS; 2018 [acesso em 10 fev. 2018]. Disponível em: http://brs.ms.saude.gov.br/brs/publicacoes/agenda_prioridades_pesquisa_ms.pdf
10. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão Integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2008 [acesso em 25 fev. 2018];17(4):758-64. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000400018
11. Brasil. Decreto Presidencial no 8.114, de 30 de setembro de 2013. Estabelece o compromisso nacional para o envelhecimento ativo e institui Comissão Interministerial para monitorar e avaliar ações em seu âmbito e promover a articulação de órgãos e entidades públicos envolvidos em sua implementação. *Diário Oficial da União*. 01 out. 2013.
12. Sampaio RF, Mancini MC. Estudos de revisão sistemática: um guia para síntese criteriosa da evidência científica. *Rev Bras Fisioter* [Internet]. 2007 [acesso em 14 de abr. 2018];11(1):83-9. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbfi/v11n1/12.pdf>
13. Mendonça ET, Aires LFA, Amaro MO, Moreira TR, Henriques BD, Almeida LC, et al. A experiência de oficinas educativas com idosos: (re)pensando práticas à luz do pensamento freireano. *Rev Aten Prim Saúde* [Internet]. 2013 [acesso em 16 abr. 2018];16(4):479-80. Disponível em: <http://ojs2.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/15199>
14. Nogueira ALG, Munari DB, Santos LF, Oliveira LM, Fortuna CM. Fatores terapêuticos identificados em um grupo de promoção da saúde de idosos. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2013 [acesso em 17 abr. 2018];47(6):1352-8. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n6/0080-6234-reeusp-47-6-01352.pdf>
15. Evers U, Jones SC, Iverson D, Caputi P. 'Get Your Life Back': process and impact evaluation of an asthma social marketing campaign targeting older adults. *BMC Public Health* [Internet]. 2013 [acesso em 16 abr. 2018];13(1):1-12. Disponível em: <https://bmcpublihealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-13-759>
16. Bhurosy T, Jeewon R. Effectiveness of a theory-driven nutritional education program in improving calcium intake among older Mauritian adults. *Scient World J* [Internet]. 2013 [acesso em 24 abr. 2018];2013:1-16. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3888757/>
17. Chung LMY, Chung JWY. Effectiveness of a food education program in improving appetite and nutritional status of elderly adults living at home. *Asia Pac J Clin Nutr* [Internet]. 2014 [acesso em 01 maio 2018];23(2):315-20. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/57bf/339f39c432f4224cb21f313b9e7b586bbd15.pdf>
18. Ferretti F, Gris A, Mattiello D, Teo CPA, Sá C. Impacto de programa de educação em saúde no conhecimento de idosos sobre doenças cardiovasculares. *Rev Salud Pública* [Internet]. 2014 [acesso em 29 abr. 2018];16(6):807-20. Disponível em: https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/rsap/v16n6/v16n6a01.pdf
19. Janini JP, Bessler D, Vargas AB. Educação em saúde e promoção da saúde: impacto na qualidade de vida do idoso. *Saúde Debate* [Internet]. 2015 [acesso em 03 maio 2018];39(105):480-90. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n105/0103-1104-sdeb-39-105-00480.pdf>
20. Sink KM, Espeland MA, Castro CM, Church T, Cohen R, Dodson JA. Effect of a 24-month physical activity intervention vs health education on cognitive outcomes in sedentary older adults: the LIFE randomized trial. *JAMA* [Internet]. 2015 [acesso em 12 maio 2018];314(8):781-90. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26305648>
21. Machado ARM, Santos WS, Dias FA, Tavares DMS, Munari DB. Potencializando um grupo de terceira idade de uma comunidade rural. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2015 [acesso em 11 maio 2018];49(1):96-103. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n1/pt_0080-6234-reeusp-49-01-0096.pdf
22. Almeida LFF, Freitas EL, Salgado SML, Gomes IS, Franceschini SCC, Ribeiro AQ. Projeto de intervenção comunitária "Em Comunidade": contribuições para a promoção da saúde entre idosos de Viçosa, MG, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. 2015 [acesso em 03 maio 2018];20(12):3763-74. Disponível em: https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/csc/v20n12/1413-8123-csc-20-12-3763.pdf
23. Caprara MG, Fernández-ballesteros R, Alessandri G. Promoting aging well: evaluation of vital-aging-multimedia program in Madrid, Spain. *Health Promot Int* [Internet]. 2016 [acesso em 12 maio 2018];31(3):515-22. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25784303>
24. Sousa SEM, Oliveira MCC. Viver a (e para) aprender: uma intervenção-ação para a promoção do envelhecimento ativo. *Rev Bras Geriatr Gerontol* [Internet]. 2015 [acesso em 11 maio 2018];18(2):405-15. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbger/v18n2/1809-9823-rbger-18-02-00405.pdf>

25. Cecílio A, Oliveira JM. Educação nutricional para idosos institucionalizados no recanto Nossa Senhora do Rosário em Limeira, SP. *Estud Interdiscip Envelhec* [Internet]. 2015 [acesso em 14 maio 2018];20(2):413-26. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/RevEnvelhec/article/view/40475/35447>
26. Luten KA, Reijneveld AS, Dijkstra A, Winter AF. Reach and effectiveness of an integrated community-based intervention on physical activity and healthy eating of older adults in a socioeconomically disadvantaged community. *Health Educ Res* [Internet]. 2015 [acesso em 20 maio 2018];31(1):98-106. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4883033/>
27. Lucena ALR, Freitas FPQ, Vieira KPL, Matos SDO. Ensinar e aprendendo com idosos: relato de experiência. *J Res Fundam Care* [Internet]. 2016 [acesso em 13 maio 2018];8(2):4131-41. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/301333342_Ensinar_e_aprendendo_com_idosos_relato_de_experiencia_Teaching_and_learning_with_the_elderly_experience_report
28. Munhoz OL, Ramos TK, Moro B, Timm MS, Venturini L, Cremonese L, et al. Oficina bingo da saúde: uma experiência de educação em saúde com grupos de idosos. *Rev Min Enferm* [Internet]. 2016 [acesso em 16 maio 2018];20:e968 [5 p.]. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1104>
29. Barbosa AS, Andrade GCL, Pereira CO, Falcão IV. A interdisciplinaridade vivenciada em um grupo de idosos de uma unidade de saúde da família do Recife. *Revista APS* [Internet]. 2016 [acesso em 22 maio 2018];19(2):315-20. Disponível em: <http://ojs2.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/15414>
30. Nascimento MM, Ramos LS. Educação médica e interdisciplinaridade: um relato de experiência com idosos residentes na comunidade. *Arq Ciênc Saúde UNIPAR* [Internet]. 2016 [acesso em 22 maio 2018];20(3):205-9. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/317253673_EDUCACAO_MEDICA_E_INTERDISCIPLINARIDADE_UM_RELATO_DE_EXPERIENCIA_COM_CIDADAOS_IDOSOS
31. Lopes MA, Marchesan M, Krug RR, Mazo GZ. Aspectos pedagógicos relevantes de uma aula para a adoção e a permanência em programas de atividade física percebidos por idosos longevos. *Estud Interdiscip Envelhec* [Internet]. 2016 [acesso em 16 maio 2018];21(1):55-70. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/RevEnvelhec/article/view/50486/40712>
32. Sá PHVO, Cury GC, Ribeiro LCC. Atividade física de idosos e a promoção da saúde nas unidades básicas. *Trab Educ Saúde* [Internet]. 2016 [acesso em 13 maio 2018];14(2):545-58. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1981-77462016005002104&script=sci_abstract&tlng=pt
33. Jih J, Gem L, Woo K, Tsoh JY, Stewart S, Gildengorin G. Educational interventions to promote healthy nutrition and physical activity among older Chinese Americans: a cluster-randomized trial. *Am J Public Health* [Internet]. 2016 [acesso em 01 jun. 2018];106(6):1092-8. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4880259/>
34. Amthauer C, Falk JW. Discursos dos profissionais de saúde da família na ótica da assistência à saúde do idoso. *J Res Fundam Care Online* [Internet]. 2017 [acesso em 28 maio 2018];9(1):99-105. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/312204417_Discursos_dos_profissionais_de_saude_da_familia_na_otica_da_assistencia_a_saude_do_idoso_Speeches_of_family_health_professionals_in_optics_of_assistance_to_the_elderly
35. Mendonça FTNF, Santos AS, Buso ALZ, Malaquias BSS. Health education with older adults: action research with primary care professionals. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2017 [acesso em 27 maio 2018];70(4):792-9. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672017000400792&script=sci_abstract
36. Santos SLF, Alves HHS, Oliveira RA, Paiva CEQ, Pessoa CV, Barros KBNT. Relato de experiência sobre educação em saúde em idosos: percepção dos discentes. *Revista APS* [Internet]. 2017 [acesso em 15 jun. 2018];20(3):450-5. Disponível em: <http://ojs2.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/16054>
37. Silva CS, Bodstein RCA. Referencial teórico sobre práticas intersectoriais em Promoção da Saúde na Escola. *Ciênc Saúde Colet* [Internet]. 2016 [acesso em 15 jun. 2019];21(6):1777-88. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015216.08522016>
38. Freire P. Educação como prática da liberdade. 34ª ed. São Paulo: Paz e Terra; 2011.
39. Andrade TP, Mendonça BPCK, Lima DC, Alfenas IC, Bonolo PP. Projeto conviver: estímulo à convivência entre idosos do Catete, Ouro Preto, MG. *Rev Bras Educ Méd* [Internet]. 2012 [acesso em 06 jul. 2019];36(1):81-5. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v36n1s1/v36n1s1a11.pdf>

40. Roecker S, Budó MLD, Marcon SS. Trabalho educativo do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família: dificuldades e perspectivas de mudanças. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2012 [acesso em 15 jul. 2019];46(3):641-9. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n3/16.pdf>
41. Gonçalves RJ, Soares RA, Troll T, Cyrino EG. Ser médico no PSF: formação acadêmica, perspectivas e trabalho cotidiano. *Rev Bras Educ Méd* [Internet]. 2009 [acesso em 07 jul. 2019];33(3):382-92. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-55022009000300009&script=sci_abstract&tlng=pt
42. Brasil. Portaria GM/MS nº 3.194, de 28 de novembro de 2017. Dispõe sobre o Programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde no Sistema Único de Saúde - PRO EPS-SUS. Nov. 2017. Disponível em: <http://www.cosemsrn.org.br/wp-content/uploads/2017/12/ok-portaria3194.pdf>
43. Clark F, Jackson J, Carlson M, Chou CP, Cherry BJ, Jordan-Marsh M, et al. Effectiveness of a lifestyle intervention in promoting the well-being of independently living older people: results of the Well Elderly 2 Randomised Controlled Trial. *J Epidemiol Community Health* [Internet]. 2012 [acesso em 04 jul. 2019];66(9):782-90. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21636614>

4 MÉTODO

[...] não há ensino sem pesquisa e pesquisa sem ensino. Esses que-fazer-se encontram um no corpo do outro. Enquanto ensino, continuo buscando, procurando. Ensino porque busco, porque indaguei, porque indago e me indago. Pesquiso para constatar, constatando, intervenho, intervindo, educo e me educo. Pesquiso para conhecer o que ainda não conheço e comunicar ou anunciar a novidade (FREIRE, 1996, p. 16).

4.1 REFERENCIAL TEÓRICO

Os referenciais teóricos têm sua importância no sentido de nortear a análise e a produção do conhecimento. O marco teórico adotado neste estudo possui, como base substancial, o documento intitulado CompHP, que define nove domínios de CPS. Este documento foi elaborado a partir do projeto “Desenvolvendo competências e padrões profissionais para a construção da capacidade em PS na Europa”, advindo do Consenso de Galway realizado na Irlanda em junho de 2008 (DEMPSEY; BATTEL-KIRK; BARRY, 2011).

Tais autores definem competência neste documento como uma combinação sinérgica de conhecimentos, habilidades, atitudes e valores necessários para o engajamento profissional eficaz, e em consonância com os princípios da PS (DEMPSEY; BATTEL-KIRK; BARRY, 2011).

O projeto “Desenvolvendo competências e padrões profissionais para a construção da capacidade em PS na Europa”, desenvolvido de 2009 a 2012 pela União Europeia, uniu 24 parceiros europeus e usou métodos como a Técnica Delphi, pesquisas *on-line*, grupos focais, estudos prospectivos e participação por meio de mídias sociais. Teve como objetivo principal a formação de um consenso no qual foram estabelecidos métodos para a implementação de padrões em PS, visando à inovação e melhores práticas em saúde na Europa (PINHEIRO et al., 2015).

Ainda é incipiente, no Brasil, a aplicação de um modelo de CPS na formação de profissionais para atuar nesse campo, sendo poucos os registros de iniciativas que direcionam ou discutem esse tema (PINHEIRO et al., 2015).

Os grupos vinculados à Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) e a *The Latin American Office/International Union Health Promotion and Education* (ORLA/IUHPE) são os que vêm discutindo esse tema no Brasil. A definição de competências para o ensino e a prática em PS é um avanço no sentido de fortalecer

e circunscrever as possibilidades e limites desse campo de conhecimento, principalmente, no Brasil (PINHEIRO et al., 2015).

Mesmo tendo sido criado para responder a uma necessidade de um contexto específico, esse documento mostrou-se como uma promessa e com expectativa de expansão global, já que pode servir de modelo para os praticantes de PS, permitindo sua adaptação aos mais diversos países, contextos específicos e condições de trabalho (BARRY et al., 2009).

Pinheiro et al. (2015), analisando as diretrizes desse documento, acreditaram que, apesar de terem sido criadas, no contexto europeu, para a formação e a prática em PS dessa região, as características do modelo de formação profissional praticado no Brasil podem se beneficiar muito com a proposta de competências trazida pelo CompHP.

Dentre as aplicabilidades do CompHP e os benefícios que este pode trazer às equipes de trabalho e à área da PS, destaca-se o seu potencial para uma prática responsável, com a identificação das necessidades de treinamento, (re) estruturação e desenvolvimento de treinamento e qualificação profissional (DEMPSEY; BATTEL-KIRK; BARRY, 2011).

Ao conjunto mínimo de capacidades que constituem uma base comum para se exercer todas as funções da PS, as competências que todos os praticantes de PS são capazes de mobilizar eficientemente nas suas atividades práticas denominam-se competências essenciais (AUSTRALIAN HEALTH PROMOTION ASSOCIATION, 2009).

Tais competências, ditas essenciais ou centrais, representam o nível mínimo exigido para o desempenho eficiente e eficaz das ações de PS, mas não o seu limite máximo. Existem competências avançadas que devem ser mobilizadas quando se precisam trabalhar contextos específicos, em um processo de aprendizagem contínua, por meio da experiência (BARRY et al., 2009).

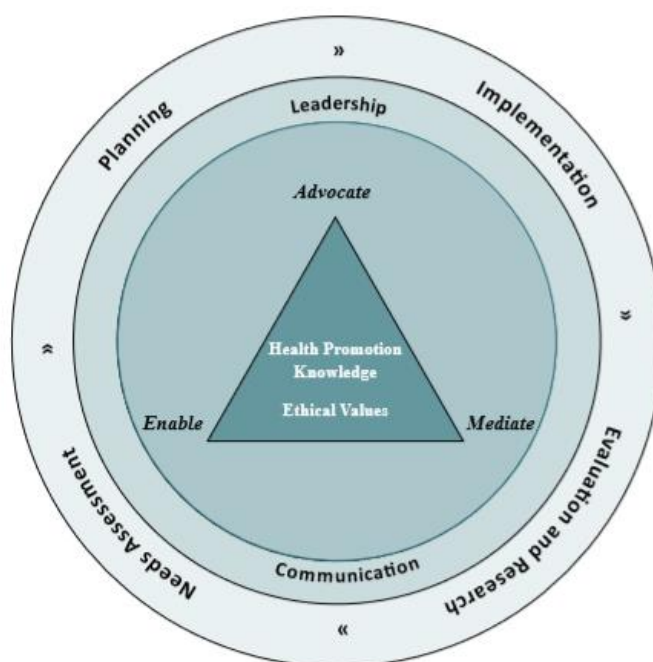
O modelo proposto pelo CompHP (Figura 1) inclui os domínios de competências nos quais a ética e o conhecimento figuram no centro do modelo que funciona como base dos demais nove elementos. Os valores e os princípios éticos para a PS incluem equidade, justiça social, ética, respeito à autonomia e à escolha individual e coletiva a partir de um trabalho participativo e colaborativo. As competências exigem que um promotor da saúde apoie suas ações com

conhecimento multidisciplinar dos principais conceitos, princípios, teorias e pesquisas de PS e sua aplicação prática (DEMPSEY; BATTEL-KIRK; BARRY, 2011).

Dempsey, Barry e Battel-Kirk (2011) listam, no CompHP, 47 competências e nove domínios onde cada domínio especifica os conhecimentos, habilidades e critérios de desempenho exigidos para demonstrar a aquisição das competências essenciais no referido domínio.

Os domínios apresentados pelo CompHP são: (1) Possibilidade de mudanças; (2) Advocacia em saúde; (3) Parceria; (4) Comunicação; (5) Liderança; (6) Diagnóstico; (7) Planejamento; (8) Implementação; (9) Avaliação e Pesquisa. Estes, em conjunto, fornecem um guia para o desenvolvimento de habilidades e competências em PS (DEMPSEY; BARRY; BATTEL-KIRK, 2011) e estão descritos a seguir.

Figura 1 - Domínios de Competências em Promoção da Saúde Expressos no CompHP.



Fonte: (DEMPSEY; BATTEL-KIRK; BARRY, 2011, p. 7).

1. Possibilidade de mudanças: possibilitar que indivíduos, grupos, comunidades ou organizações construam capacidade para a ação em PS e, assim, melhorem a saúde e reduzam as iniquidades em saúde. O promotor da saúde deve ser capaz de:

- 1.1. Trabalhar em colaboração com outros setores para influenciar o desenvolvimento de políticas públicas que impactem positivamente a saúde e reduzam as iniquidades em saúde;
- 1.2. Utilizar abordagens de PS que apoiem o empoderamento, a participação, a liderança e a equidade para criar ambientes e cenários que promovam a saúde;
- 1.3. Utilizar abordagens de desenvolvimento comunitário para fortalecer a participação da comunidade e a construção de capacidades para a ação em PS;
- 1.4. Facilitar o desenvolvimento de habilidades pessoais que irão manter e melhorar a saúde;
- 1.5. Trabalhar em colaboração com os atores sociais (pessoas-chave) na reorientação dos serviços de saúde e outros para promover a saúde e reduzir as iniquidades em saúde.

2. Advocacia em saúde: reivindicar com e a favor de indivíduos, comunidades e organizações para melhorar a saúde, o bem-estar e a capacitação para a ação em PS. O promotor de saúde deve ser capaz de:

- 2.1 Utilizar estratégias e técnicas de reivindicação/advocacia em saúde que reflitam os princípios da PS;
- 2.2 Engajar-se com as pessoas-chave e influenciá-las para que possam desenvolver e manter ações de PS;
- 2.3 Sensibilizar e influenciar a opinião pública em relação a assuntos de saúde;
- 2.4 Reivindicar, junto aos setores pelo desenvolvimento de políticas, diretrizes e procedimentos que impactem positivamente a saúde e reduzam as iniquidades em saúde;
- 2.5 Estimular as comunidades e os grupos a articularem suas necessidades e reivindicarem por recursos e capacidades exigidas para a ação em PS.

3. Parceria: trabalhar em colaboração com áreas de conhecimento/disciplinas setores e parceiros para aumentar o impacto e a sustentabilidade das ações de PS. O promotor da saúde deve ser capaz de:

- 3.1 Envolver parceiros de diferentes setores que contribuam ativamente nas ações de PS;

3.2 Facilitar o trabalho efetivo dos parceiros, o qual reflita os valores e princípios de PS;

3.3 Construir parcerias de sucesso por meio do trabalho colaborativo e da mediação de interesses dos diversos setores;

3.4 Facilitar o desenvolvimento e a sustentabilidade de coalizões e redes de trabalho para a ação em PS.

4. Comunicação: comunicar ações de PS efetivamente, utilizando técnicas e tecnologias apropriadas para diversos públicos. O promotor da saúde deve ser capaz de:

4.1 Utilizar habilidades de comunicação efetivas, incluindo a comunicação escrita, verbal, não verbal e as habilidades de escuta;

4.2 Utilizar tecnologia de informações e outras mídias para receber e disseminar informações sobre a PS;

4.3 Utilizar técnicas e meios de comunicação culturalmente adequados para grupos e contextos específicos;

4.4 Utilizar habilidades de comunicação interpessoal e do grupo de trabalho para promover a melhora da saúde de indivíduos, grupos, comunidades e organizações e reduzir as iniquidades em saúde.

5. Liderança: contribuir para o desenvolvimento de uma visão compartilhada e direções estratégicas para a ação em PS. O promotor da saúde deve ser capaz de:

5.1 Trabalhar com os atores/parceiros sociais para atingir uma visão compartilhada e direções estratégicas para a ação em PS;

5.2 Utilizar habilidades de liderança para promover empoderamento e participação (incluindo o trabalho em equipe, negociação, motivação, resolução de conflitos, tomadas de decisões, facilitação e resolução de problemas);

5.3 Formar redes com as pessoas-chave e motivá-las a promover mudanças que melhorem a saúde e reduzam iniquidades;

5.4 Incorporar novas ideias e conhecimentos para melhorar a prática e responder aos desafios emergentes em PS;

5.5 Contribuir para a mobilização e gestão/gerenciamento de recursos para a ação em PS;

5.6 Contribuir para o aprendizado da equipe e da organização para avançar nas ações de PS.

6. Diagnóstico: diagnosticar as necessidades e potencialidades de parceria com os atores/parceiros sociais no contexto dos determinantes políticos, econômicos, sociais, culturais, ambientais, comportamentais e biológicos que promovem ou comprometem a saúde. O promotor da saúde deve ser capaz de:

- 6.1 Utilizar métodos participativos para envolver os atores/parceiros sociais no diagnóstico;
- 6.2 Utilizar vários métodos de diagnóstico, incluindo quantitativos e qualitativos;
- 6.3 Coletar, revisar e avaliar os dados relevantes, as informações e a literatura para embasar as ações de PS;
- 6.4 Identificar os determinantes de saúde que impactam as ações de PS;
- 6.5 identificar as necessidades em saúde, as potencialidades e os recursos relevantes para a ação em PS;
- 6.6 Utilizar abordagens de diagnóstico que sejam éticas e culturalmente adequadas;
- 6.7 Identificar as prioridades para a ação em PS, em parceria com os atores/parceiros sociais, baseadas na melhor evidência existente e nos valores éticos.

7. Planejamento: desenvolver metas e objetivos de PS que podem ser medidos baseados no diagnóstico das necessidades e potencialidades em parceria com os atores/parceiros sociais. O promotor de saúde deve ser capaz de:

- 7.1 Mobilizar, apoiar e envolver a participação dos atores/parceiros sociais no planejamento das ações de PS;
- 7.2 Utilizar modelos atuais e abordagens sistemáticas no planejamento de ações de PS;
- 7.3 Desenvolver um plano de ação que possa ser executado segundo os recursos, as necessidades e as potencialidades disponíveis;
- 7.4 Desenvolver e informar metas e objetivos realísticos e mensuráveis para ações de PS;
- 7.5 Identificar estratégias de PS apropriadas para o alcance das metas e objetivos fixados/acordados.

8. Implementação: implementar ações de PS efetivas, eficientes, culturalmente sensíveis e éticas em parceria com os atores/parceiros sociais. O promotor de saúde deve ser capaz de:

- 8.1 Utilizar processos que sejam éticos, culturalmente apropriados e participativos e que promovam o empoderamento na implementação de ações de PS;
- 8.2 Desenvolver, conduzir e utilizar recursos e materiais apropriados;
- 8.3 Gerenciar os recursos necessários para a implementação efetiva das ações planejadas;
- 8.4 Facilitar a sustentabilidade do programa e a responsabilização dos atores/parceiros sociais por meio de consulta e colaboração permanentes;
- 8.5 Monitorar a qualidade do processo de implementação em relação às metas e aos objetivos acordados.

9. Avaliação e pesquisa: utilizar métodos de avaliação e pesquisa apropriados, em parceria com os atores/parceiros sociais, para determinar o alcance, o impacto e a efetividade das ações de PS. O promotor da saúde deve ser capaz de:

- 9.1 Identificar e utilizar ferramentas de avaliação e métodos de pesquisas apropriados;
- 9.2 Integrar a avaliação no planejamento e na implementação de todas as ações de PS;
- 9.3 Utilizar os resultados da avaliação para redefinir e melhorar as ações de PS;
- 9.4 Utilizar pesquisas e estratégias baseadas em evidências para apoiar a prática;
- 9.5 Contribuir para o desenvolvimento e a disseminação da avaliação da PS e do processo de pesquisa.

Com base no evidenciado, os domínios de competências do CompHP orientaram a sistematização e organização das informações produzidas junto aos participantes e serviram de embasamento teórico para a elaboração da proposta de formação para os profissionais da ESF voltadas para processos de educação em saúde com idosos.

4.2 NATUREZA E TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa-intervenção, no qual se optou pelo desenho de pesquisa participativa.

As pesquisas intervencionistas têm o objetivo de unir teoria e prática, possibilitando estudar o objeto na prática, identificando razões para como e por que certas técnicas são utilizadas, a fim de gerar contribuições teóricas relevantes, tendo como características principais: o uso deliberado de observações, ações em uma situação de campo, experimental e não controlada, observação de processos e resultados e análise a luz da literatura (WESTIN; ROBERTS, 2010; JÖNSSON; LUKKA, 2007).

O mais importante diferencial deste tipo de pesquisa das outras é a construção de um experimento de campo, tendo o pesquisador a oportunidade de coletar o material que não estaria acessível por meio de métodos tradicionais de pesquisa. Sendo outra diferença, a construção de teoria baseada em ação e não baseada em dados (JÖNSSON; LUKKA, 2007).

Colocou-se em discussão a pesquisa de intervenção com o objetivo de juntar a teoria com a prática e, para tanto, utilizou-se da técnica de estudar o objeto em sua prática cotidiana, mantendo sempre o propósito de gerar contribuições teóricas relevantes (OYADOMARI et al., 2014; ANTUNES; MENDONÇA NETO; VIEIRA, 2016).

Para Antunes, Mendonça Neto e Vieira (2016), este tipo de estudo caracteriza-se pela mudança de postura do pesquisador, que atua intervindo no processo. Com isso, ele deixa de somente analisar os dados para chegar a conclusões e passa a agir sobre o objeto de estudo.

Logo, tem como característica a colaboração entre pesquisadores e práticos justificada em vista dos interesses similares mútuos (OYADOMARI et al., 2014).

Com isso, a construção de conhecimentos sobre a realidade local e o estímulo de uma postura proativa voltada para o desenvolvimento configuram-se em uma educação que pode resultar em instrumento científico e pedagógico para a transformação local. Nesse contexto, estabelece-se uma relação de confiança mútua, resultando em compreensão coletiva a respeito dos propósitos da pesquisa (ANTUNES; MENDONÇA NETO; VIEIRA, 2016).

Um dos propósitos da pesquisa de intervenção é produzir conhecimento prático que seja útil para as pessoas melhorarem as suas vidas no cotidiano e, também, novas habilidades para gerar conhecimento (OYADOMARI et al., 2014), ou seja: busca-se o enfoque proposto por Thiollent (2011) ao apontar que pesquisar “com” pode ser mais gratificante do que pesquisar “sobre”.

Pode-se dizer que a intervenção é uma ação organizada a fim de responder a uma ou mais necessidades implícitas na causa sobre a qual incidirá, ou seja, trata-se de proposta objetiva e focalizada para resolver problemas da realidade (PAZ et al., 2013).

A pesquisa em questão teve sua característica participativa, pois pesquisador e pesquisado estabeleceram uma relação colaborativa, ou seja, ambos tiveram um resultado a ser apropriado por meio do estudo realizado (ROSENAU; COSTA; TREVISAN, 2004).

Segundo Haguete (1987, p.142), “a ideia de participação envolve a presença ativa dos pesquisadores e de certa população em um projeto comum de investigação que é ao mesmo tempo um processo educativo, produzido dentro da ação”.

Como a característica principal desse tipo de pesquisa é a necessidade da inserção do pesquisador no meio, resultando em um processo de aprendizagem coletiva, com o intuito de minimizar as desigualdades sociais entre pesquisador e pesquisados, geram-se mudanças no grupo ao qual se aplicou o estudo após o seu desenvolvimento e execução (ROSENAU; COSTA; TREVISAN, 2004).

Diante do exposto, reforça-se o caráter intervencionista deste estudo, visto que não houve a proposição de uma investigação, mas de uma ação sobre uma realidade, neste caso, a elaboração de uma proposta formativa para os profissionais da ESF a partir de suas necessidades de aprendizagem.

A escolha deste caminho metodológico relacionou-se ao fato de este exigir uma aproximação com a realidade dos participantes na busca das suas vivências na realização de práticas de educação em saúde com idosos. Acredita-se que a intervenção foi coerente com o tipo de estudo elencado, concordando com Bosi e Mercado (2007) quando afirmaram que o objetivo deste tipo de pesquisa é compreender e/ou transformar a realidade.

Assim, considerou-se o descrito aqui adequado para a condução do estudo.

4.3. CENÁRIO

Para Minayo (2013), a definição de cenário da pesquisa consiste em um recorte de espaço que o pesquisador faz para representar uma realidade empírica a ser estudada, utilizando as concepções teóricas que fundamentam o objeto de estudo. Assim, considerou-se esta concepção para o cenário proposto nesta intervenção.

A intervenção foi desenvolvida no município de Aurora (CE), situado na mesorregião do Sul Cearense, microrregião de Barro, região político-administrativa do Cariri, distante aproximadamente 460,8 km da capital, Fortaleza (CE), com área territorial de 885,836 Km² (BRASIL, 2010).

O município tem quatro distritos: Aurora (CE) (sede), Ingazeiras, Santa Vitória e Tipi. A sede do município de Aurora (CE) conta atualmente com nove bairros: Centro; Araçá; José Fernandes Campos (Conjunto Habitat - CNEC); José Freire do Amaral (Vila Freire); José Leite de Figueiredo - Zezé da Cruz (Alto da Cruz); Padre Mororó; Recreio; São Benedito (Aurora Velha) e Vila Paulo Gonçalves.

De acordo com o Censo de 2010, o município contava com a população total de 24.566 habitantes e com estimativa, para 2017, de 24.496, sendo 11.825 residentes em zona urbana, correspondendo 48,1% da população. Em Aurora (CE), existem mais mulheres que homens, sendo a população composta de 50,24% de mulheres e 49,76% de homens (BRASIL, 2010).

Em 2015, o número total de idosos do município era de 3.443, representando 13,99% da população, sendo 1.577 do sexo masculino e 1.866 do sexo feminino. Para cada 100 pessoas menores de 15 anos, existiam 58,57 pessoas com mais de 60, comparando-se com o ano de 2000, em que perfazia 32,13, considerando-se que esse município segue o padrão nacional de envelhecimento da população (BRASIL, 2000; BRASIL, 2015a). Daí a importância de estudos como esse no sentido de que possam aperfeiçoar a prática do profissional direcionada aos idosos.

No âmbito da saúde, o município está inserido na Macrorregião de Saúde 3 – Cariri na 19ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRES) de Brejo Santo, cujo município polo é Brejo Santo e compõe-se de nove cidades (Abaiara, Aurora, Barro, Brejo Santo, Jati, Mauriti, Milagres, Penaforte e Porteiras) (AURORA, 2018).

Aurora (CE) possui um hospital, o Hospital Geral Ignêz Andreazza, entidade sem fins lucrativos, e a Policlínica Municipal Dr. Acilon Gonçalves, que são responsáveis pela assistência de alta e média complexidade. A policlínica conta com

alguns especialistas em Pediatria, Ortopedia, Neurologia, Urologia, Clínica, Ultrassonografia, Ginecologia e realiza exames laboratoriais e radiografias (AURORA, 2018).

No que se refere à APS, este município tem 100% de cobertura de equipes da ESF; existem 12 equipes de ESF credenciadas, dez equipes de saúde bucal implantadas, com um Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) tipo 1, um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), além do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) (AURORA, 2018).

Conforme a Portaria 2.488/11, do Ministério da Saúde (MS), que dispõe sobre a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a equipe de saúde da família é composta por equipe multiprofissional que possui, no mínimo, médico generalista ou especialista em Saúde da Família ou médico de família e comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar ou técnico de Enfermagem e Agente Comunitário de Saúde (ACS). A esta composição, podem-se acrescentar, como parte da equipe, os profissionais de saúde bucal ou Equipe de Saúde Bucal (ESB): cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal (BRASIL, 2011).

Logo, em Aurora (CE), na APS, havia, no momento da execução da intervenção, cinco médicos, doze enfermeiros, cinco cirurgiões-dentistas, 22 técnicos de Enfermagem, oito técnicos em saúde bucal e 62 ACS (AURORA, 2018). Aurora (CE) passava por um processo de transição com o concurso público em finalização e a convocação dos profissionais para compor essas vagas ociosas.

Justificou-se o estudo neste contexto anunciado, tendo em vista que Aurora (CE) apresenta um grande contingente de idosos em sua população, com muitos usuários dos serviços de saúde do SUS nos quais estes profissionais mencionados anteriormente estão inseridos e sabendo-se que, para essa população idosa, é extremamente necessária uma abordagem singular e própria nas ações de PS e que podem ser facilitadas por processos formativos.

4.4 PARTICIPANTES DA INTERVENÇÃO

O recorte deu-se na categoria de médicos, enfermeiros e dentistas, perfazendo o total de 21 profissionais, já que um dos profissionais era a pesquisadora autora do trabalho. Para assegurar o olhar de pesquisadora sobre a realidade estudada, já que

esta fazia parte do contexto, utilizou-se do referencial teórico, bem como do Círculo de Cultura, instrumentos que guiaram os passos de coleta e análise e permitiram o estranhamento da pesquisadora ao que emergiu da realidade e, conseqüentemente, o rigor no estudo.

Para André (1992, apud MÔNICO et al., 2017), sem um referencial teórico de apoio, que oriente o processo de reconstrução dos dados, não se produz avanço teórico e apenas recolhe-se uma grande quantidade de dados que se espera que produza, por si, alguma teoria. Kenrick, Neuberg e Cialdini (1999, apud MÔNICO, et al, 2017) afirmaram ser importante um critério de seleção dos eventos a observar que, muitas vezes, não são tão óbvios quanto se deseja, dificultando a capacidade do investigador em avaliar a adequação dos critérios usados. Percebe-se que tais autores mostram a importância de um referencial teórico norteador da observação e, nesta dissertação, foi utilizado o CompHP para esse fim.

Para Turato (2010), a amostragem em pesquisas de abordagem qualitativa, onde se incluem as participativas, como no estudo de intervenção, ocorre de forma intencionada, ou seja, como uma busca proposital de indivíduos que vivenciam e conhecem o problema em questão, não se fazendo necessário um grande número de participantes que representem as características do todo populacional, como ocorre nas pesquisas quantitativas, mas poucos sujeitos já são representativos das características de certa população.

Consideraram-se como critérios de inclusão os profissionais estarem ativos na prática e atuando no município, visto que a vivência do profissional na realidade dessa localidade se fazia importante para que pudessem avaliar as práticas de educação em saúde realizadas e, como critérios de exclusão, os profissionais faltarem a qualquer um dos momentos da intervenção. Dos 21 profissionais de nível superior que compunham a ESF de Aurora na época da realização da pesquisa, quatro profissionais foram excluídos por não terem participado dos encontros, a amostra final sendo formada por 17 participantes.

Dentre as várias especificidades da ESF, a principal está centrada no cuidado às famílias e indivíduos em situação de vulnerabilidade, onde se inserem os idosos. Este cuidado deve ser realizado por meio das ações de prevenção de doenças e PS expressas nas ações de educação em saúde, visando a aproximar cada vez mais, do cotidiano popular, a consciência sanitária e o autocuidado em saúde (QUEIROZ et al., 2014).

Em vista de o estudo objetivar elaborar uma proposta de formação que visasse a melhorar as práticas de educação em saúde com idosos na ESF desse município, embora fosse uma atribuição comum a todos os profissionais de saúde desenvolver ações educativas relativas à saúde da pessoa idosa, de acordo com o planejamento da equipe (BRASIL, 2006a), na prática, cabia, principalmente aos médicos e enfermeiros, a atribuição de orientações gerais aos idosos e a educação em saúde e ficava atribuída ao cirurgião-dentista a função de orientar aspectos relacionados à saúde bucal, o que demonstra a fragmentação do cuidado.

Roecker, Budó e Marcon (2012) afirmaram, em seu estudo, que a atividade educativa deveria ser realizada por todos os integrantes da equipe multiprofissional, em que cada um, baseado no seu *corpus* de conhecimento, poderia colaborar, tornando-a uma atividade ampliada e qualificada.

Por entender a importância da interdisciplinaridade nas ações da equipe, mesmo reconhecendo que os médicos e enfermeiros, em especial, os últimos, como os principais atores no cuidado, por meio das atividades de educação em saúde, optou-se por incluir as três categorias de nível superior, médico, enfermeiro e cirurgião-dentista, na pesquisa, pela necessidade de que todos pudessem adquirir as competências para promover tais ações de saúde com os idosos.

4.5 ESTRATÉGIAS E PROCEDIMENTOS DA INTERVENÇÃO

Este estudo foi realizado em quatro momentos. No primeiro, ocorreu a aproximação com o grupo seguida da identificação de como acontecem as práticas de educação em saúde realizadas com idosos pelos profissionais, utilizando o Círculo de Cultura de Paulo Freire. No terceiro momento, foi feito o encontro de devolutiva aos profissionais do material produzido e, no último momento, delineou-se uma proposta de formação baseada no domínio menos exposto identificado por meio do Círculo de Cultura e confirmado em conjunto com os profissionais.

4.5.1 Primeiro momento: aproximação com o grupo

No primeiro momento de aproximação com o grupo, conseguiu-se a autorização, junto à Secretaria de Saúde do município, da liberação dos profissionais

de nível superior no horário e data agendados, além de um local adequado e confortável para a ocorrência desse momento.

Os profissionais foram consultados quanto a essa data para que aqueles que desejassem participar pudessem estar presentes, sem haver prejuízos para o município, já que a data tinha sido previamente autorizada. Foi entregue um convite (APÊNDICE A) a todos os médicos, enfermeiros e dentistas que compõem a ESF de Aurora (CE) com as datas, horários e local da atividade expressos e com a garantia de autorização do município.

A fim de criar a identidade do grupo, a proposta foi de realizar, no primeiro momento presencial, os esclarecimentos e explicações sobre o projeto para os profissionais, sua finalidade, sua importância para eles, para o município e para a população idosa.

Com duração programada de duas horas, nesse momento inicial, que aconteceu no dia 05 de dezembro de 2019, também foi aplicado um formulário com os profissionais de perfil sociodemográfico, com informações de ordem pessoal e de capacitação profissional (sexo, idade, formação profissional, tempo de formado, titulação, tempo de atuação na ESF no município, entre outras questões), para delinear a identidade do grupo, além de levantar as atribuições desempenhadas por esses profissionais de nível superior da ESF de Aurora (CE). Foi dada ênfase a conhecer sobre a existência de práticas de educação em saúde nas unidades e qual seria o público-alvo de tais práticas (APÊNDICE B).

4.5.2 Segundo momento: identificação das práticas de educação em saúde realizadas com idosos pelos profissionais

Propôs-se, neste estudo, para o levantamento de informações sobre como ocorriam as práticas de educação em saúde com idosos realizadas pelos profissionais da ESF de Aurora (CE), o Círculo de Cultura de Paulo Freire, por ensejar uma vivência participativa com ênfase no diálogo, campo profícuo para a reflexão-ação na elaboração coletiva de uma proposta sistematizada para uma educação em saúde emancipatória (MONTEIRO; VIEIRA, 2010).

Para Freire (1987), o Círculo de Cultura representa, em conceito, um espaço dinâmico, de caráter dialógico de aprendizagem e de troca mútua de conhecimentos, com seus fundamentos na pedagogia libertadora e problematizadora proposta pelo

teórico onde todos que o integram participam por meio do diálogo, leem, escrevem, discutem e constroem o mundo em que vivem.

A denominação de círculo decorre do fato de todos estarem em volta de uma equipe de trabalho, com um animador de debates que participa de uma atividade comum em que todos se ensinam e aprendem ao mesmo tempo. Este animador precisa estar atento para o que se fala, já que as falas, as conversas, as frases, entrevistas, discussões, dentro ou fora do círculo, tudo está carregado dos temas da comunidade, seus assuntos, sua vida (MONTEIRO; VIEIRA, 2010).

Freire (1987) descreveu, em seu livro *Pedagogia do Oprimido*, e Monteiro e Vieira (2010, p. 398) sintetizaram bem esse delineamento do "Método Paulo Freire" para o desenvolvimento do Círculo de Cultura por meio de três etapas:

a) a investigação temática na qual os componentes do círculo e o animador buscam, no universo vocabular dos participantes e da sociedade onde eles/as vivem, as palavras e temas centrais de suas biografias;

b) a tematização mediante a qual eles/as codificam e decodificam esses temas; ambos/as buscam o seu significado social, tomando, assim, consciência do mundo vivido;

c) a problematização por meio de que eles/as buscam superar a primeira visão mágica por uma visão crítica, partindo para a transformação do contexto vivido.

No percurso, as etapas vão se interligando e a sequência de passos vai se inter-relacionando, em um movimento de construção que avança e retroage, conforme sinaliza a situação existencial vivida no Círculo de Cultura (FREIRE, 1996; HERMIDA et al., 2016; HEIDEMANN et al., 2014).

Para o desenvolvimento do Círculo de Cultura neste estudo, foram seguidas as etapas freirianas: investigação temática (levantamento do universo vocabular); tematização e problematização, valorizando-se sempre os princípios do Círculo de Cultura, que são o respeito pelo educando, a conquista da autonomia e a dialogicidade.

Esse momento foi calmamente planejado e articulado, após a execução do primeiro momento, a fim de que ocorresse a maior adesão possível de participantes. O planejamento está descrito resumidamente no Apêndice C.

A atividade do Círculo de Cultura ocorreu no dia 13 de março de 2019 com os 17 profissionais: dois médicos, onze enfermeiros e quatro dentistas. Todos dispostos em círculo onde foram apresentados ao método, durando aproximadamente quatro

horas, com um intervalo de 15 minutos após as primeiras duas horas, como fica evidenciado na programação que foi entregue aos participantes (APÊNDICE D).

Inicialmente, foi proposto um momento de sensibilização em que foram entregues figuras em pares aos participantes. Cada participante recebeu uma figura e os que recebessem as figuras (ANEXO A) pareadas iguais conversaram informalmente sobre sua vida pessoal e interesses por alguns minutos e depois, no grande grupo, cada um apresentou o colega e, em seguida, expôs suas expectativas em relação aos encontros.

Posteriormente, iniciou-se a etapa do Círculo de Investigação Temática na qual foram entregues, aos participantes, tarjetas de cores distintas, azul, rosa, verde e amarela, sendo que cada cor se relacionou à resposta do participante a cada uma das questões norteadoras da discussão correspondente, considerando as seguintes:

- a) As tarjetas de cor azul estavam relacionadas à seguinte questão norteadora: “Minha concepção de educação em saúde com idosos é [...]”;
- b) As tarjetas de cor rosa referiam-se à questão: “Como eu vejo as práticas de educação em saúde com os idosos no meu território?”;
- c) As tarjetas de cor verde referiam-se à terceira questão: “Minha prática com idosos faz-se assim [...]”;
- d) As tarjetas de cor amarela, por sua vez, relacionavam-se à última questão: “O que preciso reforçar ou modificar na minha ação educativa com idosos?”.

Cada profissional participante escreveu apenas uma palavra em cada uma das tarjetas distribuídas. Uma vez feito esse exercício, os profissionais deveriam colocar as tarjetas nos painéis indicados pela animadora e, ao realizarem essa ação, davam explicações das razões pelas quais escolheram cada palavra referente ao tema gerador proposto, já iniciando, assim, o processo reflexivo do grupo de suas ações de educação em saúde com idosos desempenhadas.

Após esse momento, divididos em grupos, os participantes reorganizaram as tarjetas nos painéis de modo a preservar os núcleos de sentido das palavras geradoras. As ideias centrais que tivessem similaridade deveriam permanecer próximas umas às outras, sendo esta a fase de tematização em que ocorre a busca de seu significado social.

Para aprofundar a discussão iniciada no momento da tematização, os participantes foram divididos em quatro grupos e fizeram a leitura de quatro textos. Cada grupo seria responsável pela leitura e discussão de seu texto selecionado aleatoriamente, sendo que esse momento da leitura foi para uma fundamentação teórica. Os textos sugeridos para a leitura estão a seguir nominados:

- a) “A experiência de oficinas educativas com idosos: (re) pensando práticas à luz do pensamento freireano” (MENDONÇA et al., 2013);
- b) “Educação popular e PS do idoso: reflexões a partir de uma experiência de extensão universitária com grupos de idosos em João Pessoa-PB” (FIRMINO et al., 2010);
- c) “A saúde no diálogo com a vida cotidiana: a experiência do trabalho educativo com idosos no grupo Roda da Saúde” (BERNARDO et al., 2009);
- d) “Grupo Feliz Idade: cuidado de enfermagem para a PS na terceira idade”(VICTOR et al. 2007).

Com esta atividade, objetivou-se produzir uma reflexão entre os participantes de modo que esses puderam ser sensibilizados a ressignificar suas práticas com idosos, visando a torná-las mais efetivas para a PS desse público.

Após a leitura dos textos, os grupos fizeram uma atividade sob a forma de colagem. Para isso, cada grupo recebeu uma folha de cartolina branca, revistas diversas, figuras impressas, cola e tesoura, a fim de procurar sintetizar suas conclusões dos textos de maneira imagética, isto é, não dissertativa. A arte de cada grupo foi apresentada na plenária.

Em seguida, os profissionais foram convidados a debater sobre como eles poderiam ajudar a solucionar ou dar sugestões e formas de resolver os problemas elencados e dificuldades com a educação em saúde com idosos no município, podendo dialogar e refletir em busca de transformação, problematizando a temática nesses momentos pós-teorização.

A figura 2, elaborada a partir do percurso da pesquisa e inspirado no diagrama de Monteiro (2007), sumarizou a dinâmica realizada no Círculo de Cultura deste estudo em que todas as etapas se interligaram. No centro, situam-se o grupo e o animador, tomando como ponto de partida os quatro temas geradores, conforme as

cores definidas para a realização do círculo, que direcionaram as demais etapas, apresentando a dinâmica de inter-relação entre essas demonstrada pelas setas.

Figura 2 - Etapas do Círculo de Cultura



Fonte: Adaptado de Monteiro (2007, p. 91).

Ao final do Círculo de Cultura, ocorreu a avaliação deste encontro na qual os participantes verbalizaram, com um vocábulo, o que representou esse momento experimentado no Círculo. Puderam também expressar como foi a experiência com essa atividade.

No desenvolvimento do método, a pesquisadora-autora teve uma atitude de observadora participante, pois não só fez a apreensão dos dados significativos como também foi a animadora dos círculos.

Em virtude da atenção voltada à vivência dos círculos, que impossibilitou que a autora se dedicasse ao registro fotográfico e de filmagem, foi solicitada a parceria de uma pessoa qualificada, que foi devidamente orientada a se posicionar e a agir de modo discreto e natural, sem interferir na dinâmica dos círculos e respeitando a espontaneidade das pessoas.

Minayo (2010) afirma que as fotografias e filmagens são recursos de registro aos quais se pode recorrer, pois ampliam o conhecimento do estudo, proporcionando

documentar momentos e situações do cotidiano vivenciado, permitindo que se obtenham diversos aspectos do universo da pesquisa, complementando o projeto como um todo.

Foram utilizados, como instrumentos para a apreensão de material para análise, desde o formulário, as etapas do Círculo de Cultura, a observação participante, o registro fotográfico, os áudios e a filmagem, além do registro do diário de campo (ANEXO B).

Foi utilizada a técnica complementar de observação participante considerada muito adequada “para o investigador apreender, compreender e intervir nos diversos contextos em que se move” (MÓNICO et al., 2017, p. 727). A observação toma parte no meio em que as pessoas se envolvem.

Esta técnica de coleta proporciona uma aproximação com o cotidiano dos indivíduos e de suas representações sociais, da sua dimensão histórica, sociocultural e de seus processos. Também permite intervir nesse cotidiano e nele trabalhar ao nível das representações sociais, propiciando a emergência de novas necessidades para os indivíduos que ali desenvolvem as suas atividades (MÓNICO et al., 2017).

De acordo com Tura (2011) e Minayo (2010), o observador assume uma relação direta com os participantes da pesquisa e, na medida do possível, participa das suas relações sociais, podendo, assim, modificar o contexto de sua observação, pois interfere nele e igualmente vai sendo modificado por ele, sendo mais ativo e capaz de planejar intervenções com o grupo no contexto apresentado. Este tipo de observação é caracterizado pela presença constante do pesquisador no campo, de forma direta e observando as atividades no local de sua ocorrência, com a finalidade de realizar uma investigação científica.

Os observadores, partilhando papéis e hábitos dos grupos observados, encontram-se, assim, em condições favoráveis para acompanhar as situações, os fatos e os comportamentos, que dificilmente ocorreriam, ou que seriam reprimidos ou mesmo adulterados, na presença de estranhos. Nessa realidade, a nota de campo surge como ferramenta importante na observação participante, evidenciando a documentação escrita produzida por parte do observador (MÓNICO et al., 2017).

Para Araújo et al. (2013), o diário de campo tem sido empregado amplamente nas pesquisas em saúde como caderno de notas em que são registradas, pelo pesquisador, conversas informais, observações comportamentais durante os

diálogos, manifestações dos participantes quanto aos vários pontos investigados e impressões pessoais, mutáveis com o decorrer do tempo.

Minayo (2010) afirmou que o diário de campo é um instrumento ao qual se recorre em qualquer momento da rotina de trabalho. É uma ferramenta pessoal e intransferível que não deve ser subestimada, já que o pesquisador pode registrar diariamente suas percepções, angústias, questionamentos e informações que não são obtidas com a utilização de outras técnicas.

Então, este foi utilizado como um recurso auxiliar no momento da análise a fim de alcançar um aprofundamento das informações fornecidas pelos participantes, sendo as anotações feitas por uma auxiliar da pesquisa.

4.5.3 Terceiro momento: compartilhar as análises e conclusões (fechamento) do Círculo de Cultura

A fim de cumprir o percurso proposto pelo estudo e assegurar a relação de confiança, respeito e parceria construída entre a pesquisadora e os participantes, foi realizado um momento de retorno para compartilhar, com os participantes, as análises e conclusões, fechamento do momento do Círculo de Cultura. Este momento foi de devolutiva aos participantes.

Para Anjos et al. (2016), a devolutiva é parte essencial do compromisso do pesquisador que, após a realização das pesquisas, pode contribuir para com os participantes do estudo, já que o conhecimento de aspectos relacionados ao processo de práticas de educação em saúde com idosos, orientadas pelos domínios do CompHP, pode contribuir para melhorar tais práticas pelos profissionais.

Foi neste contexto de compromisso da pesquisadora que esse momento do projeto se justificou. Os participantes do estudo, profissionais da área da saúde, deveriam ter conhecimento dos resultados encontrados na pesquisa até então. Isso pôde favorecer a organização de ações direcionadas às demandas identificadas, assim como a motivação das pessoas colaborarem com o desenvolvimento da intervenção.

Para este estudo, a devolutiva foi um processo de interação com os participantes e de compartilhamento das informações obtidas, bem como de confirmação dos achados, os quais orientaram a proposta formativa.

Para esse momento, foram convidados todos os profissionais participantes do estudo por meio de contatos prévios via telefone e convite impresso para o agendamento do encontro. O momento ocorreu no dia 1º de agosto de 2019 e teve duração de duas horas. Foi realizado com foco na devolutiva do momento anterior aos participantes do estudo em forma de uma miniexposição.

Ao final da apresentação, foi proposta, aos participantes, a formação de uma roda de conversa e os mesmos tiveram um tempo para conversar entre si e discutir sobre os aspectos apresentados na devolutiva.

A intenção deste momento foi de que os participantes pudessem apreciar e confirmar ou não a respeito do domínio de competência que se manifestou com maior necessidade para a prática de educação em saúde com idosos a partir da sistematização do Círculo de Cultura. Ficou a critério dos profissionais a escolha por este ou por outro domínio que considerassem como importantes após a exposição do material resultante da análise das falas.

Com as ideias de Paulo Freire em tendência, percebeu-se a importância da autonomia dos participantes no seu processo de formação educativa. Para Zatti (2007), cabe à educação proporcionar contextos formativos que sejam adequados para que os educandos possam se fazer autônomos.

Paulo Freire propõe uma pedagogia da autonomia na medida em que sua proposta está “fundada na ética, no respeito à dignidade e à própria autonomia do educando” (FREIRE, 2000, p. 11).

4.5.4 Quarto momento: proposta de formação

O quarto momento da intervenção consistiu na elaboração da proposta de formação para os profissionais da ESF de Aurora (CE) voltada para práticas educativas com idosos e orientada pelos domínios do CompHP identificados pelas falas como os menos expressos pelos profissionais e que eles confirmaram como sendo necessários.

4.6 ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DO MATERIAL

Os resultados apresentados neste estudo foram organizados em tópicos, sendo: caracterização dos participantes; práticas de educação em saúde; Círculo de

Cultura; evidências acerca da aplicabilidade das competências de PS nas atividades educativas com idosos; avaliação do Círculo de Cultura; devolutiva aos profissionais e a proposta de formação.

O material proveniente dos formulários, responsáveis pela caracterização dos participantes e pela exposição das formas como realizam práticas de educação em saúde, foram analisados através de estatística descritiva.

Já o material proveniente do Círculo de Cultura foi organizado e transcrito no programa *LibreOffice Writer*, versão 5.4. A preparação do banco de dados deu-se a partir da codificação das variáveis referentes aos participantes da pesquisa (ENF para enfermeiros, DEN para dentistas e MED para médicos, seguidos de um numeral que representa a sequência de participação do Círculo de Cultura, por exemplo, ENF 01) e do texto obtido de cada participante a partir das respostas para cada questão norteadora em cada fase do Círculo de Cultura. As respostas dos participantes para cada questão norteadora proposta originaram um *corpus* textual, portanto, foram quatro *corpus* que formaram o *corpora* processado no software.

Em seguida, os dados foram processados no *software* Iramuteq (Interface de *R pour L Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires*), versão 0.7 alfa 2, desenvolvido por Ratinaud, em 2009, e introduzido nas pesquisas brasileiras no ano de 2013 (CAMARGO; JUSTO, 2013). O Iramuteq é um *software* gratuito, que se ancora no ambiente estatístico do Programa R (R CORE TEAM, 2011), possibilitando diferentes análises estatísticas sobre *corpus* textuais, como a análise lexicográfica (cálculo de frequência de palavras) e análises multivariadas (classificação hierárquica descendente - CHD, análises de similitude e nuvem de palavras).

O *corpora* foi analisado por meio da estatística descritiva clássica (nuvem de palavras) e da análise multivariada CHD. A nuvem de palavras consiste em uma análise simples de representação gráfica do *corpus* em função da frequência das palavras, possibilitando sua identificação visual por meio de uma figura que dispõe aleatoriamente as palavras e cujos tamanhos representam a frequência no *corpus*. Na CHD, o Iramuteq realiza o fracionamento do *corpus* por meio de cálculos estatísticos, originando Segmentos de Texto (ST), que são classificados em função de seus vocabulários, resultando em classes que apresentam vocabulário semelhante entre si na mesma classe e diferente nos ST das outras classes.

Considera-se como sendo um bom aproveitamento de ST o índice de retenção de 75% ou mais (CAMARGO; JUSTO, 2013; SOUZA et al., 2018). A fim de criar um dicionário de palavras, o programa utiliza o teste qui-quadrado (X^2), que revela a força associativa entre as palavras e a sua respectiva classe. Essa força associativa é analisada quando o teste for maior que 3,84, representando $p < 0,0001$. Quando o valor do qui-quadrado é menor, revela uma menor relação entre as variáveis (SOUZA et al., 2018).

Para melhor organização dos resultados, os dendrogramas de cada *corpus* textual e as respectivas nuvens de palavras foram dispostos conforme as fases do Círculo de Cultura, sendo ainda apresentados por categorias temáticas para análise, que foram discutidas com base nos documentos normativos das políticas de saúde afins ao tema, pelo CompHP e pela literatura revisada sobre o assunto.

4.7 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS

Entende-se que a conduta ética acontece quando o indivíduo tem a consciência de ser humano que pertence a uma espécie e de estar reunido com outros da mesma espécie, vivendo em sociedade, em uma complexa rede de relações. Paulo Freire considera que não é possível pensar em seres humanos distanciando-se da ética, quanto mais fora dela. “Estar longe, ou pior, fora da ética, entre nós, mulheres e homens, é uma transgressão” (FREIRE, 1996, p. 33).

Morin (2005) já afirmava também que ética é reconhecer a complexidade e a condição de ser humano. O filósofo Emanuel Lévinas ressalta, em sua concepção de ética, o respeito pelo outro em sua alteridade (LÉVINAS, 1947 apud GUERRIERO, 2006).

Com base nessas premissas, este estudo adotou as recomendações da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 (BRASIL, 2012c), do Conselho Nacional de Saúde (CNS)/MS, que trata das diretrizes e normas regulamentadoras das pesquisas envolvendo seres humanos baseadas na garantia da autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade (BRASIL, 2012c).

Atentou-se para a autonomia dos participantes e, para garanti-la, o projeto foi apresentado aos envolvidos e, após aceitarem, foi oficializada sua participação mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE E) e do Termo de Autorização do Uso de Imagem (APÊNDICE G).

Para atender ao referencial ético da não maleficência, o formulário e as atividades dos momentos foram elaborados e executados de forma clara e objetiva, de modo a responder ao escopo do estudo e, em caso de dúvidas, a pesquisadora esclareceu qualquer questionamento proveniente do instrumento ou de qualquer etapa da realização da produção de dados.

O princípio da beneficência foi atendido, pois este oportunizou uma reflexão sobre a prática dos profissionais de saúde de Aurora (CE) com foco nas CPS neste município.

Os benefícios alcançados foram de que, conhecendo um pouco mais da realidade de seus profissionais, possibilitando destacar fragilidades, potencialidades e necessidades, se espera que os mesmos apresentem uma reflexão em relação a ações de educação em saúde com idosos, baseadas em CPS, oportunizando, ainda, mudanças nesta realidade. No âmbito científico, este estudo pôde contribuir para suscitar discussões entre os profissionais sobre os processos de educação em saúde realizados com idosos e as CPS na execução de tais práticas.

O princípio da justiça foi contemplado a partir da divulgação e socialização dos resultados aos participantes envolvidos e à comunidade em geral.

O princípio da equidade foi respeitado quando da disposição da pesquisadora em reconhecer igualmente o direito de cada participante envolvido na pesquisa, respeitando suas diferenças, necessidades e particularidades.

O anonimato dos participantes foi garantido por meio de uma codificação, conforme detalhado no item organização e análise do material, no método deste estudo.

Os riscos aos quais os participantes estiveram expostos, provenientes da participação deste estudo durante a intervenção, referiram-se à possível lembrança de fatos indesejáveis (riscos de ordem psicológica), contudo, medidas de prevenção/minimização foram adotadas: local adequado e seguro para a realização da intervenção e garantia do sigilo dos dados e do anonimato quando da sua divulgação.

Este estudo fez parte de um projeto maior, do tipo guarda-chuva, intitulado: Estudos sobre Promoção da Saúde nos ambientes educacionais e de trabalho, aprovado pelo comitê de ética em pesquisa da Universidade Regional do Cariri (URCA) por meio do número 2.005.435, em abril de 2017 (ANEXO C).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

“A alegria não chega apenas no encontro do achado, mas faz parte do processo da busca. E ensinar e aprender não pode dar-se fora da procura, fora da boniteza e da alegria” (FREIRE, 1996, p. 16).

Os resultados apresentados neste estudo estão organizados em tópicos, sendo: caracterização dos participantes; práticas de educação em saúde; Círculo de Cultura; evidências acerca da aplicabilidade das competências de PS nas atividades educativas com idosos, avaliação do Círculo de Cultura, devolutiva aos profissionais e a proposta de formação.

5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

Participaram do estudo 17 profissionais. Destes, dez eram do sexo feminino (58%), com média de idade de 38 anos, sendo 25 a mínima e 65 a idade máxima.

Quanto ao perfil profissional, onze profissionais eram enfermeiros (64,70%); quatro, dentistas (23,52%) e dois, médicos (11,76%), cuja média de tempo de formação era de 13 anos, sendo o mínimo de três anos e máximo de 37 anos de formados. Treze profissionais (76,47%) possuíam pós-graduação lato sensu, três (17,64%) eram apenas graduados e um (5,88%) possuía pós-graduação em nível stricto sensu.

O tempo de atuação profissional variou entre dois meses a 37 anos, com média de 12 anos e nove meses de exercício profissional. Em relação ao período de atuação nas equipes da ESF no município de Aurora (CE), o tempo mínimo foi de dois meses e o máximo de 20 anos.

Percebe-se, pelo perfil apresentado, que se trata de um grupo de adultos jovens. Quanto à idade dos profissionais, estudo realizado em Goiânia (GO) verificou que os trabalhadores tinham média de idade de 38 anos (SANTANA et al., 2013). Outro estudo também comprovou essa média de idade que, para enfermeiros, foi de 43,6 anos e, para médicos, de 38,8 (LIMA et al., 2016).

Em relação aos trabalhadores da saúde, observou-se que prevaleceu o sexo feminino. Essa feminização encontrada entre os profissionais da ESF é compatível com a literatura, que revela uma tendência da feminização das profissões da área da

saúde e, por consequência, dos profissionais das equipes de saúde da família, podendo ser confirmada em estudos no Brasil (COSTA et al., 2013; LIMA et al., 2016).

Como ocorreu em estudo realizado em Minas Gerais, a maioria dos profissionais (79,3%) tinha pós-graduação concluída e 6,9% estavam cursando pós-graduação (COSTA et al., 2013), o que demonstra o interesse em se preparar melhor para o mercado de trabalho por meio de capacitações em suas áreas de atuação.

Outra pesquisa encontrou que os profissionais de nível superior médico e enfermeiro da ESF tinha média de 7,5 anos de formados, tendo a maioria deles (81,8%) menos de dez anos de formados (MAIA et al., 2011), como mostrado na média dos participantes deste estudo.

A caracterização dos participantes demonstrou que os profissionais de saúde participantes eram predominantemente do sexo feminino, com média de 38 anos de idade, especialistas em Saúde da Família, atuando, em média, há 12 anos e nove meses.

O perfil apresentado no estudo possibilitou um reconhecimento da clientela estudada, bem como da relação desse perfil com os demais dados apresentados.

5.2 PRÁTICAS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Quanto à necessidade de conhecer a existência de práticas de educação em saúde nas unidades e qual seria o público-alvo de tais práticas, apresentam-se, neste tópico, os resultados encontrados.

Sobre as práticas educativas realizadas, seis (35,3%) participantes referiram realizar grupos com públicos-alvo específicos, como hipertensos e diabéticos, gestantes, adolescentes, mas apenas dois (11,7%) profissionais pesquisados referiram fazer atividades em grupos com idosos.

Embora muitos não realizem atividades em grupos com idosos, responderam que fazem outras formas de educação em saúde, com a participação de alguns idosos, e que abordam temáticas como hipertensão e diabetes, autocuidado, uso racional de medicamentos, alimentação saudável, atividade física, prevenção de acidentes, sexualidade, entre outros.

Em estudo de Mendonça et al. (2017), 36,4% dos profissionais afirmaram realizar grupos de educação em saúde com idosos, resultado superior ao encontrando na literatura por outros autores, como Assunção et al. (2013), que identificaram que

18,52% afirmaram realizar práticas educativas com idosos. Contudo, os grupos de educação em saúde são, na maioria das vezes, desprovidos de regularidade e altamente dependentes dos microambientes (MENDONÇA et al., 2017).

Dos 17 participantes, cinco (29,4%) não se sentiam capacitados para práticas educativas com idosos e um não respondeu.

Dezesseis profissionais sugeriram, para práticas educativas com os idosos, os mesmos assuntos que já adotam no cotidiano do serviço, sendo que apenas um profissional referiu que deveria ser abordado aquilo que os idosos têm realmente interesse e que isso deveria ser perguntado a essa clientela.

Observa-se que, em relação aos temas mais recorrentes nas ações educativas para idosos, este estudo está de acordo com a literatura, que revela a maior ocorrência de temas como doenças crônicas não transmissíveis: hipertensão, diabetes e doenças respiratórias. Tal fato pode ser justificado pela maior prevalência de tais agravos com o avançar da idade (SANTOS et al., 2017).

Geralmente, a escolha dos temas dos grupos de idosos dá-se pelas necessidades observadas pelos profissionais, sendo os assuntos mais frequentes atividade física, alimentação e hábitos de vida (MENDONÇA et al., 2017).

Sá, Cury e Ribeiro (2016) também observaram que, atualmente, nos serviços de saúde, a maioria das ações é planejada por alguns integrantes da equipe e pelos gestores, não havendo a participação de todos os profissionais da rede e nem dos idosos. O envolvimento dos participantes e executores das ações no planejamento não ocorre e, assim, as necessidades de saúde reais podem não ser alcançadas.

Em sua revisão, Mallmann et al. (2015) concluíram que poucos dos estudos analisados destacaram que as atividades educativas devem satisfazer as necessidades dos idosos e que esse fator poderia ser uma causa de não adesão do idoso às práticas educativas, enfatizando a importância 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.

Ficou demonstrado neste estudo, também, que novas formas de ações educativas devem ser implementadas, baseadas nos princípios da educação em saúde e mais condizentes com as necessidades dos idosos, visto que, quando se levam em consideração os conhecimentos, a cultura e o meio em que vivem os idosos, fica mais fácil obter os resultados almejados com tais práticas (MALLMANN et al., 2015).

Evidenciou-se que os profissionais da realidade estudada também não consideram as necessidades dos idosos no planejamento de suas ações. Entende-se que, de certo modo, isto pode prejudicar a eficácia das ações em relação às necessidades do público geriátrico.

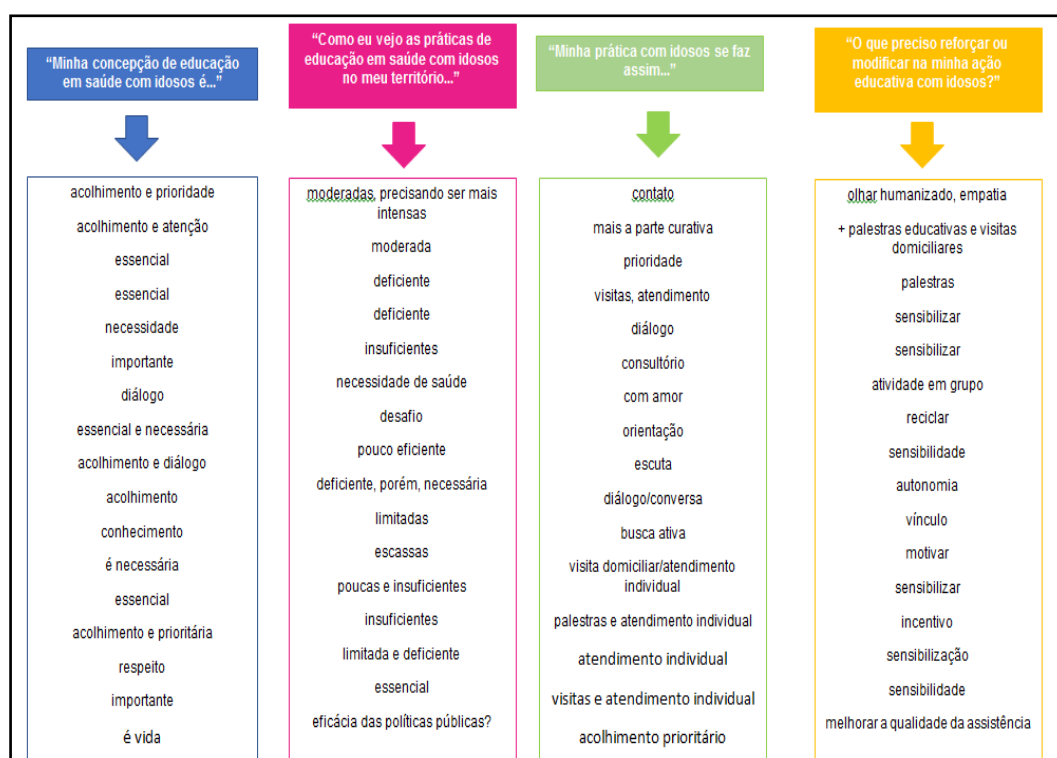
5.3 CÍRCULO DE CULTURA

Neste tópico, apresentam-se os resultados da pesquisa junto aos profissionais das equipes de saúde da família oriundos do Círculo de Cultura, conforme suas etapas de execução.

5.3.1 Investigação temática

Os painéis construídos nesta etapa do Círculo de Cultura expressaram o universo vocabular dos participantes referentes a cada tema gerador. A discussão deles decorrente possibilitou gerar o *corpus* descritivo do estudo para a análise das próximas etapas (Figura 3).

Figura 3 - Painéis com temas advindos dos questionamentos feitos aos profissionais



Fonte: Dados da pesquisa (2019).

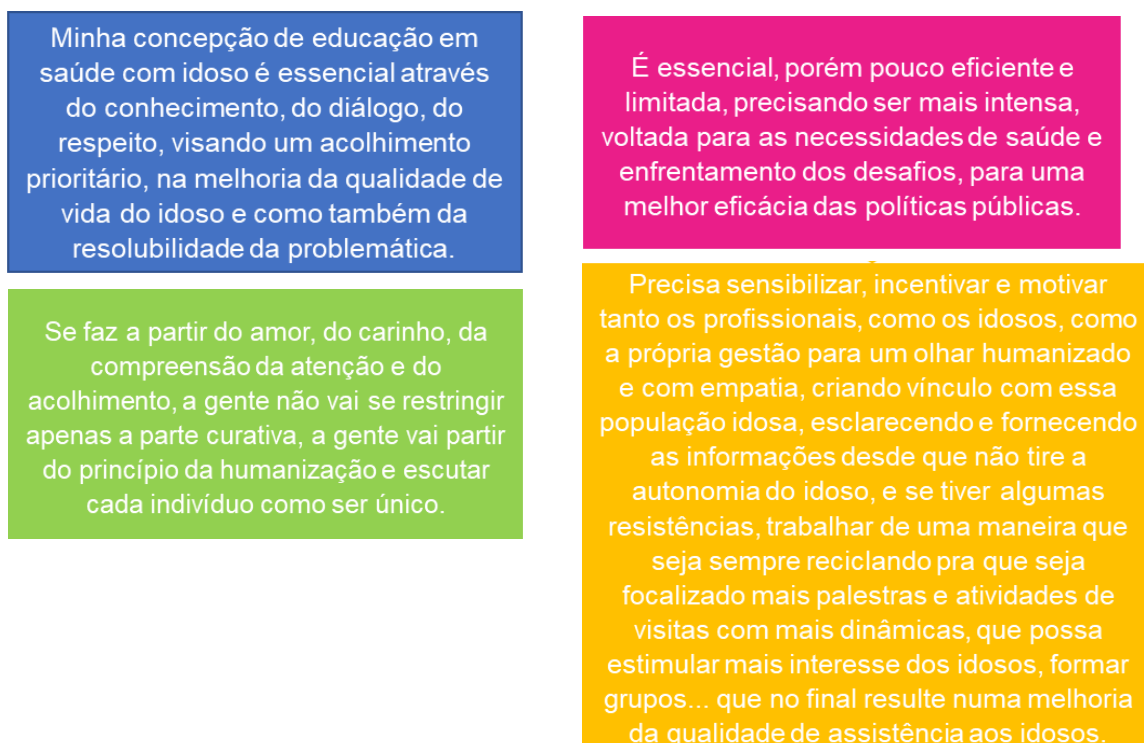
Na investigação temática, em que ocorreu o confronto com a realidade vivenciada pelos profissionais, as palavras que se expressaram com maior frequência para cada tema gerador foram: acolhimento (29,4%); deficiente (23,5%); atendimento individual (29,4%) e sensibilizar/sensibilidade (35,2%), respectivamente.

Após conhecer o universo vocabular dos profissionais, partiu-se para a etapa subsequente.

5.3.2 Tematização

Na tematização, quando, a partir dos temas geradores, são buscados seus significados, emergiram quatro sinopses elaboradas pelos próprios participantes, após a revisitação dos vocabulários expressos para cada questão norteadora lançada na etapa anterior (Figura 4).

Figura 4 - Sinopse dos vocabulários gerados na etapa de investigação temática sobre as práticas educativas com idosos.



Fonte: Elaborado pela autora (2019).

A partir da sinopse do primeiro tema gerador, evidenciou-se que, na concepção de educação em saúde com idosos atribuída pelos profissionais, um acolhimento prioritário a esse público é entendido como essencial.

O termo acolhimento na APS, comumente, tem o significado de um arranjo tecnológico para a organização dos serviços, visando a garantir acesso aos usuários com o objetivo de escutar todos os pacientes, resolver os problemas mais comuns e/ou referenciá-los, se necessário (CAMPOS, 1997).

Para a Política Nacional de Humanização (PNH), o acolhimento é considerado a recepção do usuário, desde a sua entrada, admitindo a responsabilidade integral por ele, escutando seus problemas, permitindo que ele expresse suas preocupações, angústias, garantindo atenção resolutiva e articulação com outros serviços de saúde, para a continuidade da assistência quando necessário (BRASIL, 2008a).

Logo, acolhimento significa a humanização do atendimento, devendo, ao final do processo de acesso e escuta qualificada, à responsabilização pela resolutividade ao problema do usuário, que é o objetivo final do trabalho em saúde (SOLLA, 2005).

Para Silva (2014), o acolhimento no SUS tem papel fundamental no processo de conquista da autonomia e melhor qualidade de vida para os idosos, pois possibilita, aos profissionais de saúde, conhecer a realidade social vivenciada pelo idoso e sua família cotidianamente, permitindo, assim, que essas equipes e seus profissionais possam orientar e esclarecer a população idosa na busca ao acesso a seus direitos, intervindo na realidade, quando necessário.

A APS tenta oferecer à pessoa idosa e à sua rede de suporte social uma atenção humanizada, com orientação, acompanhamento e apoio domiciliar, respeitando as culturas locais, as diversidades do envelhecer e a diminuição de barreiras arquitetônicas, visando a facilitar o acesso e a adaptar os serviços de APS a atender, de forma adequada, esse público (BRASIL, 2007).

Isso torna, assim, o acolhimento indispensável e essencial para o contato humano com a população idosa, por meio da escuta, que não deixa de ser uma tecnologia tão importante quanto as outras tecnologias apresentadas pelas áreas da Saúde (SILVA, 2014).

Em estudo realizado por Ferreira et al. (2018), observou-se que os idosos se mostraram carentes de afetividade, pois, para eles, acolher bem está diretamente ligado apenas ao ato de “receber bem”, contradizendo, assim, os estudos científicos

que descrevem o acolhimento como um processo mais abrangente, devendo atender aos anseios dos idosos nos moldes determinados pela PNH.

O trabalho de Santos et al. (2014) concluiu que a humanização e o acolhimento passaram a ser vistos com zelo e cuidado pelos profissionais da saúde e usuários, principalmente em relação aos idosos, devido às condições especiais que esse grupo apresenta e a uma necessidade de atendimento adequado para uma melhor qualidade de vida.

Logo, percebe-se que o acolhimento é visto como necessário e importante na concepção de educação em saúde com idosos dos profissionais.

Na sinopse do segundo tema gerador, os profissionais percebem as práticas de educação em saúde com idosos no território como deficientes e que precisam ser intensificadas para melhorar a qualidade de vida e saúde desse público, visando a uma eficácia maior das políticas públicas.

Mas, para conquistar qualidade de vida dos idosos, se precisa reconhecer o que eles necessitam para envelhecer ativamente. São bases para um envelhecimento saudável atividades de PS e acesso universal dos idosos aos serviços de saúde durante toda a vida. Para que isso ocorra, é importante ir além de medidas destinadas especificamente a influir na saúde dos indivíduos, mas abordar também fatores que possam influenciar a saúde como: os fatores ambientais, econômicos e sociais (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2003).

No Pacto pela Vida, documento publicado em fevereiro de 2006, por meio da Portaria nº 399/GM, a saúde do idoso aparece como uma das seis prioridades. Esta publicação representa um importante avanço, mas reconhece que muito ainda falta fazer para que o SUS alcance respostas efetivas e eficazes às necessidades e demandas de saúde dos idosos (BRASIL, 2006b).

No Brasil, o modelo de atenção à saúde ainda está alicerçado em ações curativas, com um processo de trabalho organizado pelas demandas espontâneas, sendo insuficiente para suprir os anseios da população idosa (CASTRO et al., 2018).

Santili et al. (2016) demonstraram, em seu estudo, que os profissionais reconhecem a importância das atividades de educação em saúde, entretanto, o conceito que possuem sobre o tema torna essas ações limitadas e, quando possuem uma compreensão melhor, apontam dificuldades para incluir a educação em saúde na prática cotidiana dos serviços.

Assim, este estudo é confirmado com achados de outros autores na literatura, demonstrando que essas ações educativas, e principalmente as voltadas aos idosos, ainda são insuficientes no cotidiano da ESF.

Para o terceiro tema gerador, os profissionais construíram a ideia de que suas ações com idosos se fazem com amor, partindo do princípio da humanização e da escuta.

O principal objetivo da PNH, além de outros aspectos, é que dê oportunidade ao acolhimento apropriado e à escuta qualificada de seus atores (BRASIL, 2008a).

A escuta e o diálogo são habilidades próprias dos seres humanos, mas, muitas vezes, se tem a concepção de escuta como apenas ouvir, levando-se a acreditar que ela seria apenas instintiva. Percebe-se que, muitas vezes, a resolutividade dos problemas apresentados pelos usuários aos profissionais de saúde fica comprometida pela subjetividade presente em cada caso, dando indícios de que a relação e a comunicação entre eles não têm sido suficientes ou não se processam (RAIMUNDO; CADETE, 2012).

No HumanizaSus, documento base para gestores e trabalhadores do SUS, a humanização é entendida como a valorização dos diferentes sujeitos que estão implicados no processo de produção da saúde: usuários, trabalhadores e gestores, fixando-se em valores como autonomia e protagonismo dos sujeitos, corresponsabilização entre eles, estabelecimento de vínculos, solidariedade dos direitos dos usuários e participação coletiva no processo de gestão (BRASIL, 2008a; RAIMUNDO; CADETE, 2012).

Então, observa-se que os participantes não pretendem se restringir apenas à parte curativa, pois desejam realizar ações individualizadas, compreendendo cada indivíduo como ser único, a partir da humanização e da escuta qualificada.

Na sumarização do último tema gerador, evidenciam-se possibilidades de melhorar as ações de educação em saúde com idosos, motivando, incentivando e sensibilizando os atores do processo, para que se vençam as resistências a essas ações e se possa trabalhar a autonomia dos idosos e melhorar sua qualidade de vida.

Percebe-se que, além dos atendimentos cotidianos, as demandas espontâneas aumentam significativamente o número de consultas e, quando não há planejamento adequado de ações ou falta de recursos humanos, acaba-se por gerar sobrecarga de trabalho, desmotivação, estresse. Com isso, o tempo para esses atendimentos reduz a execução de outras atividades propostas pela estratégia (SANTILI et al., 2016).

Desmotivados, sem incentivo e não sensibilizados quanto à causa da saúde do idoso, torna-se difícil que os profissionais consigam executar práticas efetivas com esse público. Por isso, veem que, para melhorar, é preciso desenvolver formas de motivar, incentivar e sensibilizar todos, não só os profissionais, mas gestores e usuários também para esse objetivo comum.

5.3.3 Problematização

Após a etapa de tematização, os participantes identificaram desafios e buscaram soluções para a transformação das suas práticas de educação em saúde com idosos. Esta fase originou quatro categorias temáticas que representaram a captação da realidade e a identificação das possibilidades.

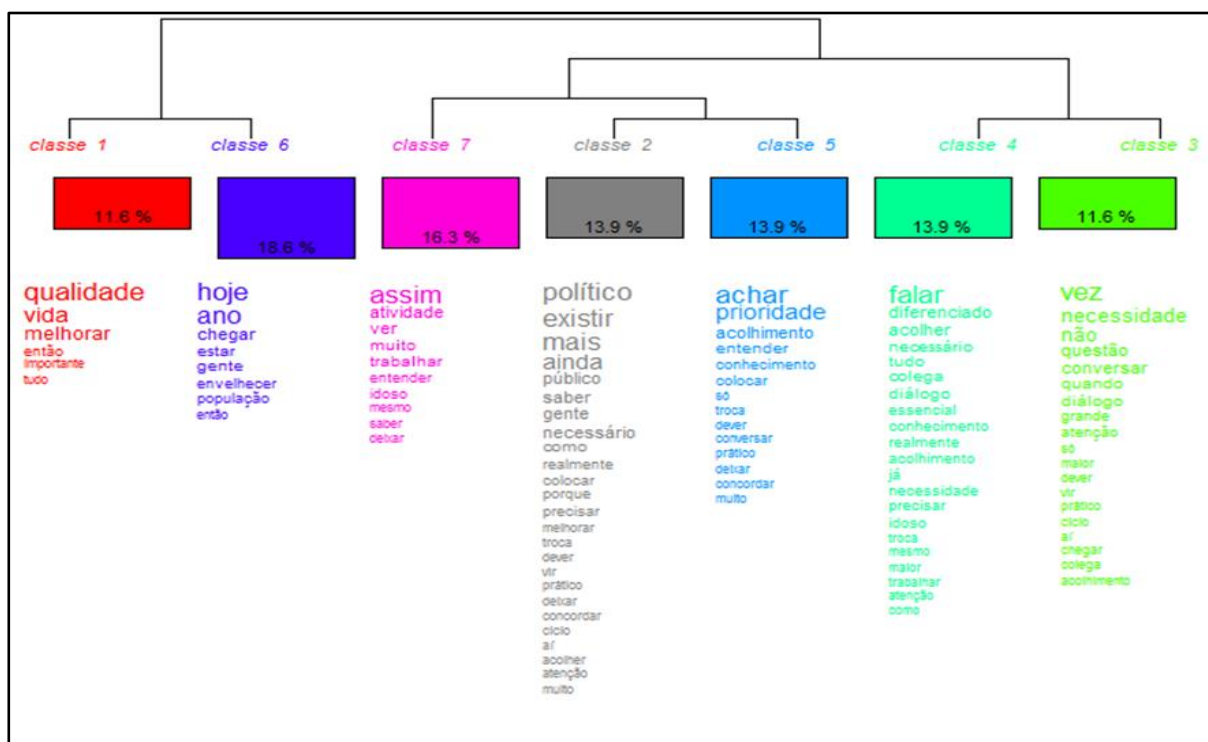
a) Categoria 1. Educação em saúde com idosos: concepções advindas da prática

O *corpus* da categoria 1, expresso pelas falas produzidas no painel azul, na figura 3, foi repartido em 54 ST, que continham 468 palavras ou formas distintas, que ocorreram 1816 vezes. A análise reteve 43 ST, ou seja, foram considerados 79,63% de retenção, originando sete classes.

As classes que emergiram do *corpus* da categoria 1 estão representadas no dendrograma 1 (Figura 5). Essa figura apresenta as partições que foram feitas no *corpus* desta categoria até que se chegasse as classes finais, sendo sua leitura feita de cima para baixo.

O programa dividiu primeiramente o *corpus* em duas partes (*sub-corpus*), separando as classes 1 e 6 das demais. A segunda partição dividiu um *sub-corpus* maior em dois, separando as classes 4 e 3 das demais. Uma terceira partição originou a classe 7, separando-a das demais. Uma quarta partição originou as classes 1 e 6 de um lado; uma quinta, no meio, originou as classes 2 e 5; e do outro lado, de uma sexta partição surgiram as classes 4 e 3. A CHD parou aqui, pois as sete classes mostraram-se estáveis, ou seja, compostas de unidades de segmentos de texto com vocabulários semelhantes.

Figura 5 - Dendrograma 1 da CHD - Educação em saúde com idosos: concepções advindas da prática.



Fonte: Iramuteq.

Na classe 6, que obteve maior representatividade do conteúdo estudado, com 18,6% das ocorrências, destacam-se as palavras **hoje** ($X^2=20,64$; $p<0,0001$), **envelhecer** ($X^2=6,4$; $p=0,011$) e **população** ($X^2=4,54$; $p=0,03$) como significativas.

E hoje a gente vê que a população tá envelhecendo, é uma população que ela, que ela precisa de autonomia, que ela precisa envelhecer de uma forma saudável e nós, como profissionais, nós temos que estar preparados pra isso. (ENF 7)

Tais palavras representam, na perspectiva dos profissionais, o alcance que hoje a educação em saúde tem no processo de longevidade do idoso, sendo importante a abordagem com intervenções educativas pelos profissionais da APS a fim de promover um envelhecimento saudável e ativo, com o estímulo à autonomia desses idosos. Mas, para que isso seja alcançado, se compreende que eles precisam estar preparados para esse envelhecimento populacional que vem acontecendo atualmente.

A segunda classe é a 7, com 16,3% das ocorrências, cujo termo encontrado de relevância foi **atividade** ($X^2=11,16$; $p=0,0008$).

***Atividade** em grupo, **atividade** física para incentivar porque eu vejo muitos idosos que têm uma **atividade** [...] que faz exercício físico, faz hidroginástica, muito mais ativa. (ENF 4)*

Fica demonstrado que os profissionais compreendem que as atividades em grupo são valiosos meios de estimular os idosos aos hábitos de vida saudáveis, como a prática de atividade física regular, e que a educação em saúde pode ser uma forma de se incentivar um envelhecimento saudável e ativo.

As classes 2, 4 e 5 apresentam o mesmo valor de ocorrência, 13,9%, sendo a classe 2 representada por palavras como **político** ($X^2=20,56$; $p<0,0001$) e **necessário** ($X^2=5,82$; $p=0,01$).

*[...] **necessária** porque, como a gente sabe, a nossa população é uma população que está, a cada dia mais, envelhecendo, então, é **necessário** que a gente realmente tenha atividades voltadas para os idosos; as **políticas** existem, mas, infelizmente, a gente ainda não colocou essas **políticas** em prática. (ENF 8)*

*Então, nós sabemos que existem as **políticas**, mas ainda não são praticadas, que é como deveria ser feito, principalmente na atenção básica. (ENF 2)*

Percebe-se que os participantes veem como necessárias as atividades voltadas para os idosos, em vista do crescente envelhecimento populacional, mas também têm a concepção de que tais atividades, como a educação em saúde com idosos, embora sejam necessárias e estejam propostas nas políticas voltadas aos idosos, não estão sendo colocadas em prática, evidenciando que percebem como necessário que tais políticas possam ser efetivas e produzam benefício às pessoas idosas.

Na classe 4, destacam-se termos como **acolher** e **diálogo** ($X^2=7,46$; $p=0,006$ e $X^2=4,77$; $p=0,02$, respectivamente).

***Acolhimento** e **diálogo**, sempre partindo do princípio do SUS, né; o **acolhimento**, ele é necessário em qualquer âmbito da saúde, então, **acolher** de forma adequada a pessoa idosa, acho que é o caminho principal que se pode falar para ter o atendimento necessário. (ENF 3)*

*Eu acho essencial porque vejo a necessidade de que o idoso, ele precisa de uma atenção diferenciada, envolvendo tudo que já disseram, **acolhimento**, **diálogo**. (ENF 10)*

Percebe-se o quanto os profissionais entendem que acolher o idoso se faz essencial para que se construa o vínculo como primeiro passo na humanização das ações com idosos e construção de ações educativas com esse público.

A classe 5 tem como palavras de importância estatística **prioridade** e **acolhimento** ($X^2=12,99$; $p=0,0003$ e $X^2=6,18$; $p=0,01$, respectivamente).

*O Brasil ainda tem que mudar muito o tratamento que tem com as pessoas mais idosas. Eu acho a maioria deles excluído do tratamento de mais qualidade, entendeu. Por isso, eu acho que **acolhimento** e **prioridade** têm que se tornar [...] porque a população deles são muito grande e está se deixando muito falha essa parte. (DEN 3)*

Segue-se, nesta classe, a ideia de que o acolhimento é importante na concepção dos profissionais que acreditam que a população idosa não está tendo suas necessidades atendidas, com falhas em sua assistência, e que, se os idosos fossem acolhidos e tratados como prioridade, poder-se-iam gerar melhorias em sua qualidade de vida.

As classes 1 e 3 são as com menores valores de ocorrência, com 11,6% cada. A classe 1 apresenta termos significativos como **qualidade**, **vida** e **melhorar** ($X^2=20,56$; $p<0,0001$; $X^2=14,62$; $p=0,00013$ e $X^2=9,51$; $p=0,002$, respectivamente).

*Ela vai fornecer, né, essas informações, as orientações que nós, profissionais, podemos ofertar, **melhorando a qualidade de vida** [...]. (ENF 1)*

*Então, se nós começarmos a fazer esse projeto [...] nós teremos uma **qualidade de vida** para esses idosos bem mais e **melhor** [...] então, tudo depende do que a gente projeta antes e vai executando no decorrer do tempo. (DEN 1)*

Observa-se que os profissionais acreditam que, por meio da educação em saúde, podem fornecer informações e dar orientações para os idosos, visando a uma melhoria em sua qualidade de vida, mas que, para isso, deve haver planejamento prévio e seguimento das ações no decorrer do tempo. Infelizmente, esses profissionais percebem que não estão executando esse planejamento em suas ações de educação em saúde com idosos, como também não conseguem dar seguimento e avaliá-las.

Na classe 3, palavras como **necessidade** e **conversar** têm importância estatística, com $X^2 = 20,56$ e $9,51$ com $p < 0,0001$ e $p = 0,002$, respectivamente.

*E o diálogo, ele faz parte da pessoa idosa, ela tem essa **necessidade de conversar** e de explicar a situação que está se passando. (ENF 3)*

*[...] essa questão dessa **necessidade** de ter uma **conversa**, de ter uma atenção, de ter esse acolhimento mais próximo que, às vezes, não tem em casa (MED 2).*

Assim como compreendem que é importante para dar orientações e informações, as ações de educação em saúde ajudam os idosos também a superar a solidão, a interagir com os pares, a criar vínculo com a unidade, a expor seus anseios, medos, dúvidas, tendo uma atenção que, muitas vezes, não têm em casa.

Na categoria 1, pela concepção de educação em saúde com idosos advinda da prática, os profissionais demonstraram que compreendem que o país está envelhecendo e que precisam se adaptar a esse envelhecimento nas suas práticas, que as atividades em grupo podem colaborar com o envelhecimento saudável e ativo, estimulando a autonomia dos idosos por meio de orientações de hábitos saudáveis.

Ficou evidente, também, que os profissionais reconhecem que as ações educativas são estimuladas pelas políticas públicas voltadas aos idosos, mas que, na realidade, tais políticas não são executadas plenamente e que, para que essas ações possam ser eficazes, precisam ser planejadas em prol da melhoria da qualidade de vida desse grupo, estimulando não só a transmissão de conhecimentos, mas, também, a convivência, o diálogo, a criação de vínculo, para suprir necessidades que esses idosos, às vezes, não conseguem ter em casa.

Segundo o MS, a educação em saúde é um processo que visa à construção de conhecimentos em saúde em busca da apropriação da temática pela população. Tal conjunto de práticas do setor saúde, a fim de aumentar a autonomia das pessoas no seu cuidado, tem a intenção também de instigar o debate entre os profissionais, gestores e usuários para alcançar uma atenção de saúde de acordo com as necessidades dos últimos (BRASIL, 2006c).

A educação em saúde pode ser definida como o canal do encontro entre os saberes científicos produzidos nessa área com a vida cotidiana da população, possibilitando a melhoria da saúde e da qualidade de vida, fundamentada nos

aspectos emancipatório e político da constituição humana, incorporada na formação para a cidadania e não somente para determinantes biológicos da saúde (MOUTINHO et al., 2014).

A educação em saúde baseia-se em uma relação dialógica entre conhecimento técnico-científico e o conhecimento popular, com a participação ativa das classes populares, que pensam, produzem e utilizam seus saberes, para a construção de novos olhares em defesa da saúde e da vida da população (SILVA et al., 2010). Preocupa-se diretamente com a criação de vínculos entre o pensar e o fazer cotidiano da população, tornando-se um instrumento de construção e participação popular nos serviços de saúde (FREITAG et al., 2016; VASCONCELOS, 2004).

Mallmann et al. (2015), informaram que é importante focalizar, nas práticas de educação em saúde com idosos, a independência, a autonomia e a satisfação da vida dos idosos, considerando as alterações próprias do envelhecimento, e os grupos podem ser um espaço de convívio social que utiliza do diálogo como aspecto para promover saúde.

O diálogo é um componente indispensável nas práticas educativas para que haja a construção compartilhada de conhecimento, observando o contexto em que estão as pessoas a fim de que, assim, os profissionais possam construir, com elas, um processo contínuo e dialógico para buscar saúde (ACIOLI; DAVID; FARIA, 2012).

Para Patrocínio e Pereira (2013), quando as ações de educação em saúde são feitas de forma participativa e dialógica, valorizam-se o conhecimento prévio e a história de vida dos participantes, transformando os idosos em agentes educativos. É imprescindível reconhecer o idoso como sujeito ativo dentro de sua comunidade, com capacidade para promover mudanças e aumentar a autoconfiança, além de compartilhar saberes e, ao se perceber esse potencial do idoso, promover ações de educação em saúde junto a outros idosos, sua família e a comunidade (MALLMANN et al., 2015).

Para Gautério et al. (2013), a melhoria das condições de vida e de saúde dos idosos, por meio da educação em saúde, só tem condições de ocorrer quando voltada para a realidade dos principais problemas de saúde que os acometem, tornando-se, assim, necessário ir ao encontro de seus interesses, oferecendo conteúdos e práticas voltados às suas necessidades. Somente assim, as ferramentas oferecidas pela ação educativa poderão servir para intervir na realidade dos sujeitos envolvidos na ação.

Foi evidenciada por Figueiredo, Rodrigues-Neto e Leite (2012) a não participação dos usuários na escolha das temáticas a serem trabalhadas nas ações de educação em saúde, além da ausência de desenvolvimento de ações elaboradas de acordo com o perfil epidemiológico.

Convém assumir, compreendendo a educação em saúde como um processo criativo, dialógico e de construção, alguns pressupostos como estímulo para uma nova prática educativa, destacando-se: a educação em saúde como estímulo ao idoso para participar do processo educativo; as ações em saúde orientadas no enfoque à liberdade, à autonomia e à independência dos idosos; a educação em saúde pedagógica e terapêutica (GAUTÉRIO et al., 2013).

Para Mallmann et al. (2015), as intervenções educativas podem ser abordadas de várias maneiras, com destaque para 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, da abordagem dos assuntos e das necessidades dos idosos. Muitas vezes, os profissionais até buscam, em suas ações educativas, a participação dos idosos, mas estas, mesmo assim, são consideradas inadequadas para promover mudanças de comportamento nos sujeitos e inadequadas pelas metodologias utilizadas, que não condizem com os princípios da educação em saúde.

Neste estudo, observa-se que a educação em saúde é entendida como acolher bem o idoso, recebê-lo adequadamente, dar direcionamento aos seus anseios de tentar solucionar seus problemas imediatos e, com isso, gerar vínculo. A construção de vínculo poderia gerar oportunidades de executar práticas educativas, com a conquista desse público, mas isto não se evidencia nas falas apresentadas.

Em estudo de Motta, Aguiar e Caldas (2011), os dados sugerem certo grau de banalização da atenção ao idoso, como se somente a atitude de acolhimento fosse suficiente, secundarizando o conteúdo teórico e o desenvolvimento das habilidades específicas.

Em uma perspectiva de análise, pode-se apontar ainda, neste estudo, que os profissionais de saúde da realidade estudada agregam também, nas suas concepções, aspectos que são importantes para processos educativos com idosos, como a necessidade do diálogo, de se colocar em prática as políticas públicas voltadas aos idosos, visto que é uma população em ascendência, e de se encontrar formas de estimular a autonomia, como os grupos.

No entanto, destaca-se que dimensões importantes deste processo, como a percepção das necessidades dos idosos, envolvimento do idoso no planejamento das práticas educativas para que se torne sujeito ativo do processo, empoderamento, satisfação de vida do idoso e independência, não estão presentes, de forma explícita, em suas concepções de educação em saúde com idosos.

Percebe-se que ainda falta, a esses profissionais, um maior aprofundamento na concepção de educação em saúde com idosos, o que poderia ser inferido aos processos formativos desses profissionais que podem não ter contemplado, na formação, os domínios de CPS.

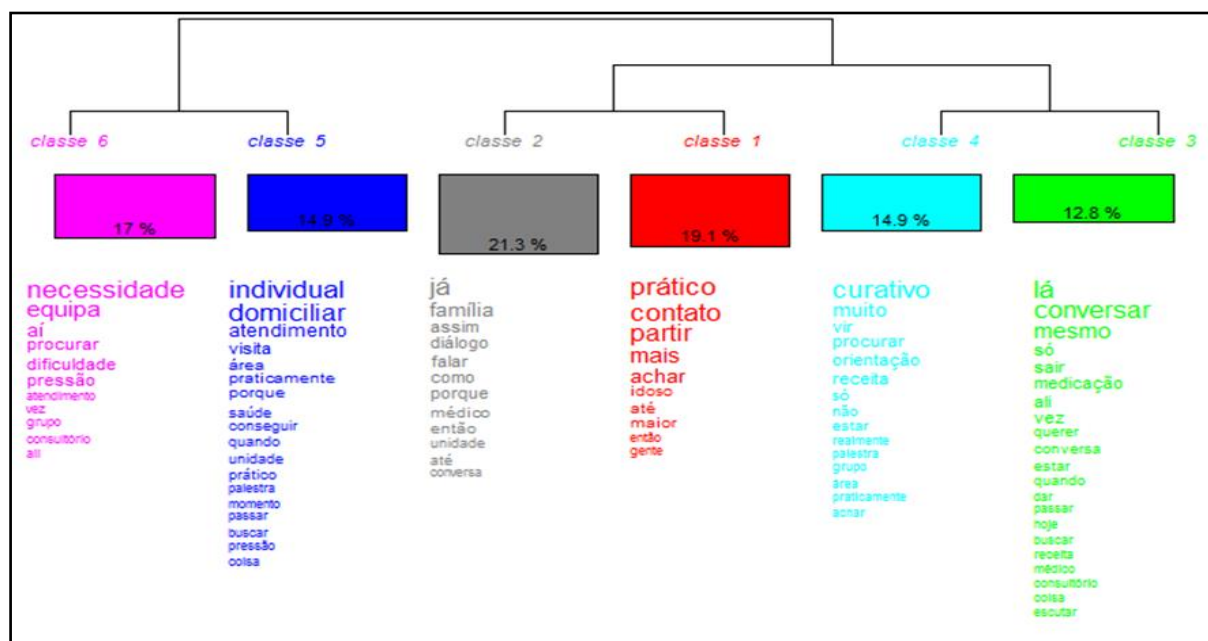
Acredita-se que processos formativos, que contemplem os domínios de CPS, possam ajudar esses profissionais a uma melhor compreensão da concepção de educação em saúde com idosos como também de como tornar tais práticas mais efetivas.

b) Categoria 2. Educação em saúde com idosos: o fazer dos profissionais

O *corpus* da categoria 2, que representa o conjunto das falas registradas na discussão do painel verde, foi repartido em 56 ST, com 507 formas distintas, 1857 ocorrências que, após análise, tiveram percentual de retenção de 83,93%. Isso significa 47 segmentos retidos dos 56 ST, dando origem a seis classes representadas na figura 6 do dendrograma 2. Essa figura apresenta as partições que foram feitas no *corpus* da categoria 2 até que se chegasse as classes finais.

Realizando a leitura da figura de cima para baixo, o programa dividiu primeiramente o *corpus* em duas partes (*sub-corpus*), separando as classes 6 e 5 das demais. A segunda partição separou um *sub-corpus* maior em dois, partindo as classes 2 e 1 das classes 4 e 3. Uma terceira partição deu origem as classes 4 e 3 a direita da figura, tendo havido uma quarta partição de onde surgiram a classe 2 e a 1. Do *sub-corpus* da esquerda, após a quinta partição, foram originadas as classes 6 e 5. A CHD parou aqui, pois as seis classes mostraram-se estáveis.

Figura 6 - Dendrograma 2 do CHD- Educação em saúde com idosos: o fazer dos profissionais.



Fonte: Iramuteq.

A classe 2, com maior representatividade de conteúdo estudado, com 21,3% das ocorrências, tem como termo de maior destaque o **diálogo** ($X^2= 7,53$; $p=0,006$).

Diálogo e conversa. Como a maioria já falou, eles buscam, quando buscam a unidade, é para o atendimento (consultas) e aí a gente aproveita esse atendimento pra estabelecer um **diálogo**, uma conversa. (ENF 09)

Diálogo. Porque, com **diálogo**, porque, assim, olha, eu tenho já um tempo na minha unidade, né, então, já tenho um vínculo com esses idosos e, assim, antigamente, eles procuravam mais, né, mais pra médico, quando tinha médico, né, médico e medicação que hoje está escasso, né, mas eles iam pra lá mais para uma conversa, era mais pra conversar mesmo. (ENF 11)

Esta classe demonstra que, na prática desses profissionais, se tenta estabelecer o diálogo com esse público em busca de criar os vínculos necessários que permitam originar resultados efetivos nas medidas de saúde propostas.

A segunda classe, que se apresenta com maior número de ocorrências, é a 1, com 19,1%, representada pelas palavras **prático** ($X^2=10,03$; $p=0,001$) e **contato** ($X^2= 9,53$; $p=0,002$).

*Minha **prática** com idosos se faz da forma mais simples e objetiva, o **contato**. A partir do **contato**, você é [...] na primeira impressão, você desenvolve o que você quer na verdade [...] então, o **contato** eu achei que é a parte inicial e principal para que você faça uma **prática** de educação em saúde de idosos mais eficiente. (ENF 1)*

Nesta classe, fica evidenciado que, na prática desses profissionais, o contato com os idosos é um ponto de partida para desenvolver as demais ações de educação em saúde e esse contato é mobilizado pelos participantes.

A terceira classe, representada como significativa, é a 6, com 17,02% das ocorrências, com termos como **necessidade** ($X^2= 21,31$; $p<0,0001$), **equipe** ($X^2= 15,71$; $p<0,0001$) e **dificuldade** ($X^2= 5,59$; $p= 0,018$).

*[...], mas, na verdade, existe essas **dificuldades** da **equipe** de pensar como você e procurar fazer como você faz, né. Na verdade, dentro dessa **dificuldade** aí, que é inerente a cada **equipe**, tem as **dificuldades** gerais, né, que os colegas falaram aí, que acaba tudo dificultando, né, esse atendimento, essa assistência. (ENF 6)*

*No consultório. Somente os que procuram a unidade que, muitas vezes, é mais pela **necessidade** do uso de prótese, questão de prótese, essa parte educativa, quando eles vão no consultório, a gente faz uma análise de como é que tá a saúde bucal e faz uma rápida educação em saúde com eles, né. Mas atividade em grupo não tem e a gente vê essa **necessidade** de fazer. (DEN 2)*

Demonstra-se, nesta classe, que existem dificuldades quanto a manter a harmonia da equipe na atenção prestada aos idosos desde tentar uniformizar as conduções dos casos, dando atendimento preferencial, um acolhimento adequado, uma assistência integral, como, também, de realizar a educação em saúde com idosos. Nas equipes, cada profissional quer trabalhar à sua maneira, sem uma articulação ou uniformização.

Mesmo percebendo como necessárias as atividades em grupo com o público geriátrico, os profissionais acabam realizando apenas a consulta e aproveitando oportunidades para abordagens rápidas de orientação em sala de espera.

Nas classes 4 e 5, a representatividade de ocorrências foi a mesma, 14,9%, sendo a classe 4, aquela que se evidencia por meio dos destaques das palavras **curativo** ($X^2= 24,98$; $p<0,0001$) e **receita** ($X^2= 6,78$; $p= 0,009$).

*Em relação à minha área da Odontologia, é mais a parte **curativa**. (DEN 03)*

*[...] o idoso tem que procurar não só como modelo **curativo**, mas, sim, como promoção, prevenção, que não acontece muito. (ENF 1)*

*[...] realmente, o idoso não procura muito, né, o posto, a não ser que seja realmente só para receber a **receita**; a gente até tenta fazer uma palestra educativa, tenta formar grupos, mas a gente ainda não vê aquele estímulo, né, da parte dos idosos e da nossa parte também, né. (ENF 5)*

Apresenta-se, aqui, a ideia de que os profissionais têm consciência de que suas práticas são mais voltadas principalmente ao modelo curativo, que é o mais procurado pelos idosos, na forma de obter receitas para tratamento de doenças crônicas ou solucionar problemas agudos na demanda espontânea.

Embora percebam que a promoção e a prevenção não aconteçam muito, acreditam que elas devam ser buscadas para ir além dessa assistência biomédica, mas que, para isso, se deve estimular tanto os idosos como os profissionais.

A classe 5 traz termos de destaque como **individual** ($X^2= 27,48$; $p<0,0001$), **domiciliar** ($X^2= 24,98$; $p<0,0001$), **atendimento** ($X^2= 10,96$; $p= 0,00093$) e **visita** ($X^2= 9,37$; $p= 0,00022$).

Visitas domiciliares e atendimento individual. *É como eu falei, na minha área, é uma população numerosa de idosos e praticamente não buscam a unidade e, quando vai pra mim, que é uma raridade, é passar pelo **atendimento individual**, mas a minha prática maior é voltada às **visitas domiciliares**, quando os agentes eles solicitam. (ENF 10)*

Atendimento individual. *Porque as práticas e as atividades voltadas para os idosos, na minha área, são feitas praticamente com **atendimentos individuais**, né, ou na unidade de saúde ou nos pontos de apoio ou durante as **visitas domiciliares**, né. (ENF 8)*

Esta classe coloca em evidência que os profissionais realizam sua prática baseados principalmente nos atendimentos individuais e nas visitas domiciliares.

E a classe de menor ocorrência, com 12,8%, classe 3, apresentou como termos de relevância **conversar** ($X^2= 21,2$; $p<0,0001$) e **medicação** ($X^2= 8,36$; $p= 0,003$).

*O idoso é carente de uma **conversa**, de uma escuta, muitas vezes, eles vão lá só pra desabafar mesmo, vão pegar **medicamento** e acabam **conversando** e aí a gente aproveita nessa **conversa**. (ENF 9)*

Fica claro que os profissionais aproveitam a oportunidade da ida do idoso ao serviço para receber a medicação para poder realizar uma conversa com ele e, a partir daí, dar orientações importantes e pertinentes à saúde, deixando esse idoso desabafar seus problemas e aflições.

Os profissionais referiram que suas práticas com idosos se faziam principalmente em atendimentos individuais e visitas domiciliares, tentando ainda estabelecer o diálogo, uma conversa, com esse público, mas voltados principalmente ao tratamento de patologias, em uma perspectiva curativa.

Em estudo de Alves, Boehs e Heidmann (2012), foram demonstrados avanços dos profissionais que iam além do atendimento individual, mas, apesar disso, os serviços de saúde ainda sofriam forte influência do modelo curativista, o que torna evidente o grande desafio em romper com esse modelo de saúde biomédico e exercer o diálogo entre profissionais e usuários.

Para Coutinho et al. (2013), a medicalização mantém-se como principal prática no cuidado oferecido ao idoso e a consulta individualizada, o principal instrumento utilizado, existindo uma dificuldade com a escuta qualificada, o desenvolvimento de atividades em grupo e o reconhecimento da população moradora da área. Observa-se uma preocupação em cuidar dos adoecidos, por meio de consultas, exames e medicamentos, prejudicando a assistência integral do sujeito e reforçando o modelo tradicional, biomédico, que prevalece ainda nos serviços de saúde.

Observa-se a persistência nos processos de trabalho da ESF quanto ao repasse de informações por parte dos profissionais de saúde. Estes, pensando ser os únicos detentores do conhecimento, impõem suas recomendações e orientações de forma que a população deva seguir tais prescrições referentes a seus hábitos ou estilos de vida (FERREIRA et al., 2014; MAGALHÃES FILHA, 2016).

Em estudo de Cardoso et al. (2011), ficou demonstrado que, apesar de os trabalhadores da ESF reconhecerem a importância do dialogismo em sua prática educativa como um diferencial para o processo de trabalho em saúde, a sua aplicação é limitada. Autores associam essa ideia de muitos profissionais de saúde acharem-se os detentores do saber (FERNANDES; BACKES, 2010) e ainda a falta de

conhecimentos e de capacitação dos profissionais para a aplicação de uma educação em saúde mais problematizadora (FERNANDES; BACKES, 2010, FIGUEIREDO; RODRIGUES-NETO; LEITE, 2010).

Para Mendonça et al. (2017), transformar o modo tradicional de se conduzir os grupos de educação em saúde faz-se necessário. É preciso ir além dos temas biomédicos como doença, medicações, complicações e tratamentos e abordar outros temas como lazer, troca de experiências populares e culinária saudável comunitária, dentre outras possibilidades a serem trabalhadas em um grupo de educação em saúde com idosos.

Para Freire (1996), ensinar não se trata de transferir conhecimento, mas, sim, de criar possibilidades para a sua produção ou a sua construção. Ele ainda acredita que educar é mais do que informar: deve estimular as reflexões sobre as reais necessidades que possam abrir caminhos a mudanças na trajetória de vida (FREIRE, 2011).

Percebe-se, sendo o diálogo um instrumento de leitura da realidade e de troca de saberes, que os profissionais de saúde nem sempre dialogam com os sujeitos, deixando, assim, de conhecer as pessoas e suas práticas de saúde. Assim, observa-se, ainda, uma educação fortemente orientada por uma concepção pedagógica passiva e de transmissão do conhecimento (HEIDEMANN et al., 2010).

Ainda, para Heidemann et al. (2010):

A concepção problematizadora da educação respeita o “educando” ao refletir com o “educador”; não há transmissão de conhecimentos “de cima para baixo”, mas sim um diálogo que suscite a curiosidade. A educação deixa de ser um ato dirigido, para tornar-se uma troca de experiências entre educador e educando, na qual as duas partes ampliam seus conhecimentos (HEIDEMANN et al., 2010, p. 419).

Nesse contexto, educação em saúde é considerada um artefato capaz de produzir ação, entendida como um processo de trabalho que, atuando sobre o conhecimento das pessoas, pode ser gerador do desenvolvimento de juízo crítico e capacidade de intervenção sobre suas próprias vidas (RODRIGUES; SANTOS, 2010).

Percebe-se, porém, que, na realidade apresentada por esses profissionais em suas falas, mesmo sendo um instrumento tão valioso para se atingir objetivos de PS de idosos, ela é pouco utilizada. No fazer desses profissionais, fica evidenciado mais intensamente ações com idosos do tipo atendimento individual e visitas domiciliares, sendo as ações educativas, quando ocorrem, feitas de maneira oportunista, sem

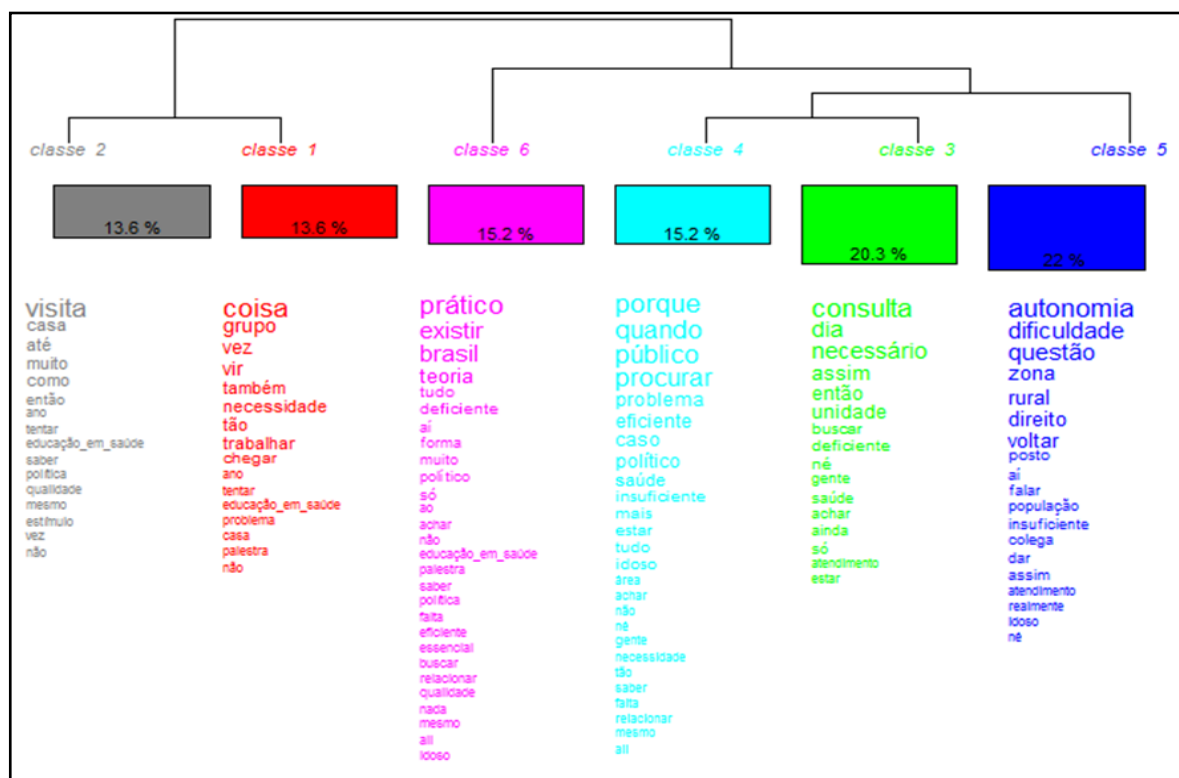
regularidade e nem no formato problematizador, que certamente resultaria em um processo mais satisfatório para esses idosos.

c) Categoria 3. Educação em saúde com idosos: modo de ver dos profissionais

O *corpus* da categoria 3, resultante do que foi retido na discussão do painel rosa, foi repartido em 76 ST, que continham 672 palavras distintas, com 2551 ocorrências, tendo retido, na análise, 59 ST, sendo considerados 77,63% de retenção, originando seis classes, representadas pela figura 7 do dendrograma 3. Essa figura apresenta as partições que foram feitas no *corpus* dessa categoria até que se chegasse as classes finais, sua leitura sendo feita de cima para baixo.

O programa dividiu primeiramente o *corpus* em duas partes (*sub-corpus*), separando as classes 2 e 1 das demais. A segunda partição separou um *sub-corpus* maior em dois, assim obteve-se a classe 6. Uma terceira partição originou a classe 5, separando-a das demais. Em uma quarta partição se originaram as classes 4 e 3. Foi quando a partir de uma quinta partição foram formadas as classes 2 e 1 a partir do *sub-corpus* da esquerda da figura. A CHD parou aqui, pois as seis classes apresentaram estabilidade, por serem compostas de unidades de ST com vocabulários semelhantes.

Figura 7 - Dendrograma 3 do CHD - Educação em saúde com idosos: modo de ver dos profissionais.



Fonte: Iramuteq.

A classe 5, com maior representatividade de conteúdo estudado, com 22% das ocorrências, apresentou, como palavra representativa, **autonomia** ($X^2=19,33$; $p<0,0001$).

*O que eu vejo é o seguinte: a gente fala tanto em **autonomia**, né, do idoso, né, o idoso ter **autonomia**, o idoso envelhecer de uma forma saudável, o idoso ser conhecedor de seus direitos, o idoso se empoderar, mas quem vai dar essa **autonomia** ao idoso, né? Quem é que vai orientar os idosos sobre seus direitos? Não somos nós? Aí, eu me questiono: nós, como profissionais, estamos preparados, né, para dar essa **autonomia** a esses idosos, pra empoderar esses idosos, pra mostrar a esses idosos os direitos deles, né, e tem toda uma conjuntura, a questão de estrutura, a questão de falta de capacitação, de incentivo, de uma série de coisas. (ENF 7)*

Autonomia obteve destaque na classe na perspectiva de que os profissionais se questionam sobre qual o seu papel em relação à autonomia do idoso, qual a abordagem que eles devem trazer na sua atuação para possibilitar, ao idoso, realmente exercer a sua autonomia.

Percebem que é necessário, para melhorar a qualidade de vida dos idosos, que eles adquiram autonomia, sendo uma de suas responsabilidades, como profissionais de saúde, empoderar o público senil, orientá-lo com relação a seus direitos, a como envelhecer de forma saudável. A educação em saúde poderia ser um meio para o desenvolvimento da autonomia de que tanto os idosos necessitam. Mas, embora os profissionais saibam da importância disso, fazem a reflexão sobre a falta de preparo para garantir este processo nas práticas de educação em saúde junto aos idosos.

Os profissionais do estudo sentem-se despreparados para desenvolver a autonomia dos idosos. Pensa-se que isto deva ocorrer pela falta de uma formação que dê suporte para o desenvolvimento de práticas que garantam a autonomia desses usuários.

Segue-se com a classe 3, com 20,3% de ocorrências e representada pela palavra **consulta** ($X^2=16,81$; $p<0,0001$).

*[...] então, assim, a maioria das educações em saúde que eu faço, eu aproveito o dia de **consulta** de hipertenso e diabético para poder tentar juntar aquela população ou, então, tento fazer alguma atividade que o idoso, com brinde, refeição, alguma coisa que seja nesse sentido, para poder eles saírem de casa. (ENF 4)*

Observa-se que, para os profissionais, a consulta se faz um momento favorável para a abordagem de educação em saúde com idosos e que, muitas vezes, para atrair esse público para tais ações, têm que fazer uso de artifícios como oferecer lanches e brindes como forma de barganha pela participação.

As classes 4 e 6 têm a mesma representatividade de ocorrências, de 15,2% cada, sendo que, na classe 4, se destacam os termos **problema** ($X^2= 6,46$; $p=0,01$) e **insuficientes** ($X^2=4,01$; $p=0,04$).

***Insuficientes** porque as atividades se limitam a atendimentos, né! Quando o idoso procura a unidade, né, por algum **problema** de saúde, ou seja, por alguma doença crônica ou algum **problema** agudo que ele esteja sentindo naquele momento. (ENF 8)*
*Bem, é **insuficiente** porque eu acho que ainda falta mais, né, pra gente acrescentar mais um pouco sobre o tema relacionado ao idoso. (DEN 02)*

Fica evidenciado, nessa classe, que os profissionais acreditam que as práticas de educação em saúde com idosos nos seus territórios são insuficientes visto que esse público só procura mais as unidades para a resolução de problemas de saúde agudos ou para seguimento de doenças crônicas, limitando-se aos atendimentos principalmente.

Percebe-se que eles acreditam que algo precisa ser mobilizado, acrescentado às questões relacionadas ao idoso no território, e a educação em saúde poderia ser uma estratégia desenvolvida para tentar preencher lacunas deixadas pelos atendimentos isoladamente, complementando a assistência ao público geriátrico.

A classe 6 tem como formas significativas **prático** ($X^2=30,35$; $p<0,0001$), **teoria** ($X^2=17,56$; $p<0,0001$) e **deficiente** ($X^2=7,0$; $p=0,008$).

*Então, eu acho que, por isso, ainda é **deficiente** porque tem os entraves. Eu concordo [...] que fica muito na **teoria** porque as políticas existem, tá aí, são lindas no papel, só que, para pôr em **prática**, é complicado, né? (ENF 9)*

*Falta um suporte adequado aos profissionais para trabalhar [...] para uma busca ativa desses idosos, conscientizar mais eles. Então, os programas sempre vão existir, mas, na **prática**, é outra realidade, não é da forma que é pra ser. (ENF 3)*

As palavras da classe representam, para os profissionais, que a educação em saúde com idosos no território é deficiente, que existe muita teoria com as políticas voltadas à saúde dos idosos, como a PNSPI, mas que não são colocadas em prática pelos entraves encontrados, como a falta de apoio da gestão, questões estruturais, questões de incentivo, falta de capacitação, desinteresse dos profissionais, entre outros.

Para esses profissionais, a prática educativa com os idosos está bem distante do que deveria ser. Mesmo os programas governamentais existindo, nem sempre a prática dos profissionais consegue seguir o que está preconizado.

As últimas classes, 1 e 2, têm a mesma representatividade de ocorrências, de 13,56% cada, sendo, na classe 1, destacados os termos **grupo** ($X^2=12,87$; $p=0,00033$), **necessidade** ($X^2=7,61$; $p=0,0058$) e **trabalho** ($X^2=7,57$; $p=0,0058$).

*Então, assim, o que a gente trabalha mais é palestras, alguma coisa, mas em formar **grupos**, **trabalhar** especificamente de forma geral as **necessidades** deles, isso a gente não faz. (ENF 2)*

*Chega na unidade e você se depara com problemas que, às vezes, nem é de sua competência, mas você é obrigado a resolver e aí vem a sobrecarga de trabalho [...] e, às vezes, você acaba deixando esquecido, né, uma coisa que é tão importante que é **trabalhar** educação em saúde com eles. (ENF 9)*

Nessa classe, observa-se que a educação em saúde no território é encarada como realizar palestras, que os profissionais não têm o hábito de formar grupos e nem trabalhar as necessidades de saúde dos idosos, muitas vezes, por demandas diárias que acabam os ocupando com muitas outras atividades e eles acabam deixando de lado algo que reconhecem como tão valioso.

Já a classe 2 teve as palavras **visita** e **muito** como destaque ($X^2=20,15$; $p<0,0001$ e $X^2=7,57$; $p<0,005$, respectivamente).

*[...] a gente sabe que isso acontece, a gente sabe onde é que está os entraves, e como é que a gente vai cobrar isso então? Eu vou lá e cobro da secretária que eu preciso de um carro para fazer minhas **visitas**. (ENF 1)*

*[...] desafio, rapaz, é um desafio. É uma problemática aí para mais uns cem anos para resolver [...] educação, que é o básico, né, **muitos** idosos não têm orientação nenhuma e a família, na grande maioria, também não tem, e fica difícil até de você orientá-los e eles entenderem e seguirem aquelas suas orientações. Então, eu vejo como um desafio **muito** grande. (MED 2)*

Os profissionais visualizam que as ações de educação em saúde com idosos são realizadas por ocasião das “**visitas**” realizadas no domicílio. Já advérbio **muito** obteve destaque na classe em uma perspectiva da intensidade que os profissionais dão ao aspecto desafiador de se trabalhar educação em saúde com idosos no território devido aos próprios entraves apresentados nas discussões como: falta de apoio da gestão para a realização de tais práticas (impondo muitos serviços burocráticos, reduzindo o tempo das práticas educativas, não dando suporte material e econômico para que elas ocorram com maior eficiência); dificuldades geográficas de distância da

população para a sede da unidade; desinteresse dos idosos em participar de ações de educação em saúde e falta de estímulo do próprio profissional.

Nessa categoria 3, o modo de ver dos profissionais é de que a educação em saúde é uma forma de promover a autonomia tão necessária ao idoso para melhorar sua qualidade de vida, mas que precisam refletir mais sobre essa questão, já que continuam realizando práticas com esse público apenas na forma de palestras, sem observar as reais necessidades dos idosos, além de se reconhecerem como sem a segurança adequada para trabalhar com o envelhecimento.

Apesar de utilizarem as consultas e as visitas como momentos oportunos para executar tais práticas, estas estão bem distantes do desejado pelas políticas públicas voltadas aos idosos, principalmente devido aos entraves encontrados para se trabalhar educação em saúde com idosos e formação de grupos, pois ainda falta muito para se chegar a ações eficazes, sendo esse um enorme desafio a ser enfrentado.

Falkenberg et al. (2014) perceberam que as práticas de educação em saúde são inerentes ao trabalho em saúde, embora, muitas vezes, sejam deixadas para um segundo plano no planejamento e organização dos serviços, na execução das ações de cuidado e na própria gestão.

Para Hermida et al. (2016), as práticas educativas dos profissionais de saúde ocorrem formalmente, visto que estes não compreendem que a educação em saúde deve ser executada de forma articulada e estar presente no cotidiano de sua prática profissional e não somente em momentos específicos e de forma sistemática.

Alves, Boehs e Heidemann (2012) afirmaram que, mesmo estando ocorrendo um processo de reorientação dos serviços de saúde, com a formação de grupos de saúde, os dados revelam que a existência destes é, em parte, para o cumprimento de normas e rotinas impostas à ESF a fim de atender ao objetivo de reestruturar os serviços de saúde pública no Brasil (HEIDEMANN; ALMEIDA, 2011).

Como está preconizado, a ESF veio para reorganizar o modelo assistencial anteriormente vigente, tentando romper com ideais de supervalorização hospitalar, da assistência centrada na consulta, eminentemente clínica, na cultura da medicalização, mas, sobretudo, no descompromisso e falta de humanização das ações ditas como de prevenção, promoção, recuperação e reabilitação da saúde dos indivíduos (BRASIL, 1997).

É recomendado, pela PNAB, que o trabalho com grupos de educação em saúde nas unidades básicas seja realizado por equipe multiprofissional, entretanto, o que se

observa é que nem sempre os profissionais estão preparados para o desenvolvimento dessas atividades (BRASIL, 2012b, OLIVEIRA; WENDHAUSEN, 2014).

É um grande desafio para as políticas públicas destacar a importância social do envelhecimento, o que provavelmente facilitaria a inclusão de conteúdos de interesse na formação dos profissionais de saúde (MOTTA; AGUIAR; CALDAS, 2011).

A formação centrada na atenção às doenças no campo da saúde raramente privilegia uma abordagem que possibilite, a estudantes e profissionais dos serviços, o diálogo e a oportunidade de participação, ativa e conjuntamente, na construção de ações de PS. Assim, não há o reconhecimento de seu papel como membros ativos no processo de criação e implementação de tais ações. Ao delegar a responsabilidade da atividade a outros profissionais, perpetuam o modelo de divisão de tarefas e fragmentação do processo de trabalho (SÁ; CURY; RIBEIRO, 2016).

Mesmo sendo os participantes de categorias profissionais com bacharelado, percebe-se que se sentem despreparados para realizar ações de educação em saúde com idosos, mantendo práticas com modelos de palestras. Quando analisamos as diretrizes curriculares dos cursos de graduação aqui representados (Medicina, Enfermagem e Odontologia), observa-se que as diretrizes mais atuais são as do curso de Medicina de 2014, que já tem uma seção só para educação em saúde, mas, como a maioria dos profissionais do estudo já tem anos de formados, média de 12 anos e 9 meses, estava em vigência outra diretriz (BRASIL, 2014).

Com relação aos cursos de Enfermagem e Odontologia, há menções no texto de suas diretrizes curriculares de que se deve desenvolver ações de promoção, prevenção, reabilitação, manutenção e vigilância da saúde, em nível individual e coletivo, mas na enfermagem percebe-se que o material dá um enfoque especial as práticas educativas ao mencionar que devem estar aptos a planejar e implementar programas de educação e promoção da saúde, considerando a especificidade dos diferentes grupos sociais e dos distintos processos de vida, saúde, trabalho e adoecimento (BRASIL, 2001; BRASIL, 2002).

Logo, não nos surpreende quando encontramos no tópico que caracteriza as práticas educativas realizadas pelos profissionais, que 29,4% dos participantes não se sentem capacitados para realizar educação em saúde, ou quando DEN 2 menciona em seu contexto de falas que atividade em grupo não tem, mas percebe a necessidade de que sejam realizadas, visto que na sua formação não foram

ênfatizadas esse tipo de práticas, que já são mais reforçadas para os enfermeiros e que depois de 2014 tiveram um destaque especial nas diretrizes dos médicos.

Segundo Mendonça et al. (2017), o modelo de educação em saúde que ainda se pratica no país tem reforçado o perfil de profissionais formados em especialidades, em detrimento da maioria das necessidades da população, repercutindo, no sentido de formar um trabalhador de saúde inapto, com o perfil inadequado para trabalhar as questões trazidas no e pelo SUS.

Estudos apontam a necessidade de que sejam ofertadas formações, aos profissionais, com vistas a uma prática mais adequada para o desempenho de grupos de educação em saúde, utilizando abordagem participativa e dialógica (ALVES; AERTS, 2011, FALKENBERG et al., 2014).

Acredita-se na importância da formação do profissional que queira desenvolver atividades relativas aos idosos a fim de se que compreenda não apenas a didática, mas também a complexidade que envolve o ser humano nessa etapa da vida (PATROCÍNIO; PEREIRA, 2013).

É nesse cenário que se busca a reorganização de práticas assistenciais em bases e critérios novos, tendo o objetivo de atender o indivíduo em seu contexto individual e familiar. Mas, para que isso ocorra, é necessária não só a criação de políticas, mas o apoio de profissionais comprometidos, que sejam capazes de superar o velho paradigma que domina o campo da saúde.

Fernandes e Backes (2010) relataram, em seu estudo, a existência de divergências entre o que era preconizado no texto da PNPS de 2006, do MS, com o que ocorria na prática dos profissionais de saúde. Estes profissionais elencavam, como dificuldades para a aplicação desta política, a falta de recursos oferecidos pelos gestores e a falta de conhecimento da população sobre a responsabilidade de PS que eles têm, o que dificultava as intervenções.

Mendonça et al. (2017) ressaltaram ser essencial o apoio dos gerentes no processo de transformação do modo tradicional de se conduzir as ações permanentes com profissionais de saúde, bem como do mesmo modo tradicional em se conduzir grupos de educação em saúde. Tais transformações das práticas, pressupondo uma visão ampliada de saúde, traduz-se em benefícios para todos os envolvidos.

Contudo, concluem, ainda, que favorecer atividades educativas grupais em detrimento de ações curativistas necessita de uma mudança de paradigma que implica o apoio das coordenações centrais, as quais detêm poder para incentivar ou

desestimular determinadas práticas. Ressaltam, ainda, que a falta de recursos materiais não deve se configurar como justificativa para a não realização de grupos de educação em saúde, embora seja um fator de desmotivação (MENDONÇA et al., 2017).

Logo, percebe-se que, sem o apoio da gestão, se torna difícil conseguir mudar a forma como estão sendo conduzidas as práticas educativas com os idosos, visto que esse apoio e colaboração são necessários para superar esse paradigma biomédico e tentar transformações na realidade local.

Além disso, deve-se estimular a educação permanente dos profissionais para atuar com idosos. A formação é apontada pelos trabalhadores de saúde como uma estratégia eficaz de cuidado aos idosos (COUTINHO et al., 2013). Logo, formar profissionais para a atenção ao idoso objetiva minimizar a dependência e promover autonomia, favorecendo uma velhice com qualidade de vida.

Em estudo de 2007, é apontada a formação profissional para o cuidado com o público geriátrico como uma necessidade visto que, se não houver profissionais aptos ao cuidado com o idoso, não haverá cuidado integral e ampliado nos serviços de saúde (MARTINS et al., 2007).

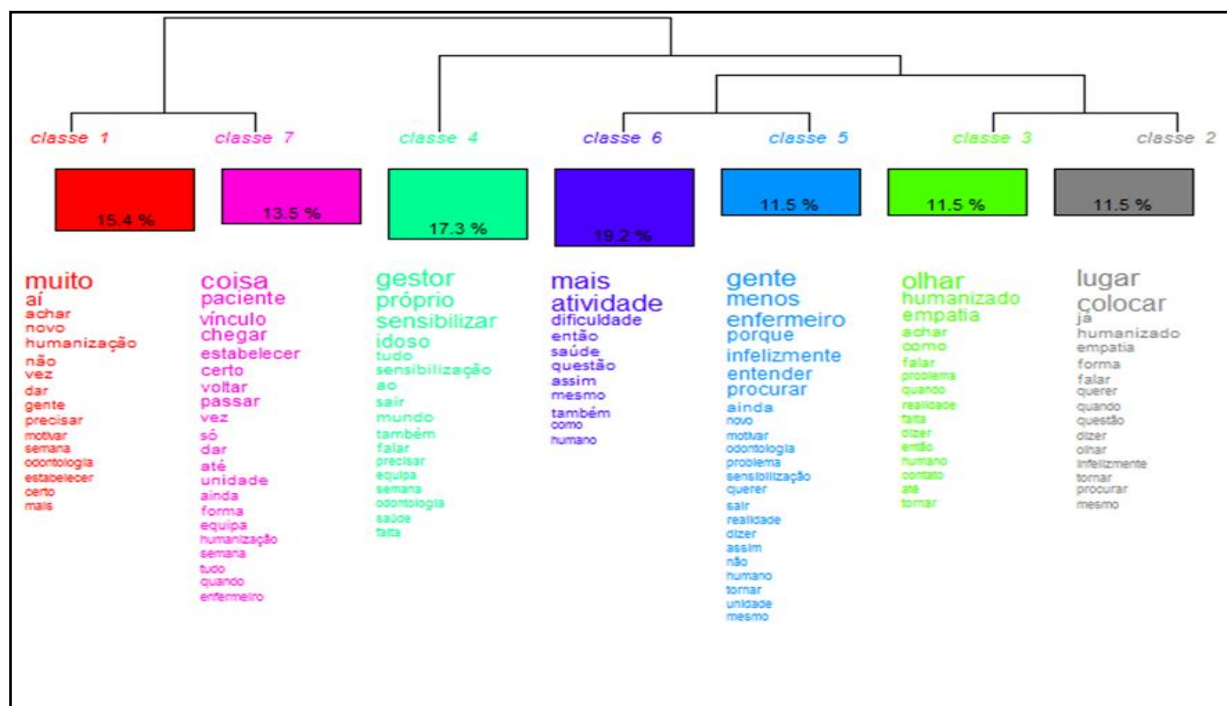
Pode-se apontar, neste estudo, que os profissionais de saúde da realidade estudada agregam, no seu modo de ver, a educação em saúde no território e, apesar de terem o entendimento de que a educação em saúde com idosos é necessária para a conquista de melhorias de vida e de saúde desse público, continuam adotando práticas no formato de palestras, o que pode não produzir os benefícios esperados das ações de educação em saúde na vida dessas pessoas idosas.

d) Categoria 4. Educação em Saúde com idosos: possibilidades apontadas pelos profissionais

O *corpus* da categoria 4, que representa o registro das falas expressas na discussão do painel amarelo, foi repartido em 57 ST, com 454 formas distintas, 1941 ocorrências que, após a análise, teve retido 52 ST, o que significa um percentual de retenção de 91,23%, dando origem a sete classes representadas na figura 8 do dendrograma 4. Essa figura apresenta as partições que foram feitas no *corpus* da categoria 4 até que se chegasse as classes finais.

A leitura da figura seguiu-se de cima para baixo, tendo o programa dividido primeiramente o corpus em duas partes (sub-corpus), separando as classes 1 e 7 das demais. A segunda partição separou um sub-corpus maior em dois, obtendo-se a classe 4. Uma terceira partição dividiu as classes remanescentes desse sub-corpus maior em duas partes, separando 6 e 5 de 3 e 2. Em um momento seguinte, à direita da figura, ocorreu uma quarta partição, originando as classes 3 e 2. Uma quinta partição originou as classes 6 e 5, ao meio da figura; e de uma sexta partição, a partir do sub-corpus menor da partição inicial, foram originadas as classes 1 e 7. A CHD parou aqui, pois as sete classes mostraram-se estáveis.

Figura 8 - Dendrograma 4 do CHD - Educação em saúde com idosos: possibilidades apontadas pelos profissionais.



Fonte: Iramuteq.

A classe 6, com maior representatividade do conteúdo estudado, com 19,2% das ocorrências, evidencia **atividade** em grupo como uma forma de se melhorar a educação em saúde com idosos, com ocorrência significativa ($X^2 = 18,2$; $p < 0,0001$).

*Eu coloquei **atividade** em grupo assim porque [...] eu acho que a **atividade** em grupo é o que falta pra mim pra melhorar mais essa parte de educação, de informação, lógico que ouvindo os colegas mais experientes, né; tem a questão da dificuldade de reunir todo mundo num local pra fazer essa atividade e outras*

*dificuldades também, então, assim, [...] as **atividades** em grupo, porque você também está trazendo aquele idoso para uma participação, também com a unidade de saúde e com as **atividades** em si. (DEN 2)*

A classe 4, a segunda mais representativa, com 17,3% de ocorrências, apresenta quatro formas bastante significativas: **gestor**, **próprio**, **sensibilizar** e **idoso** (todas com $p < 0,0001$ e com $X^2 = 26,43; 20,66; 18,53; 16,17$, respectivamente).

***Sensibilizar.** Porque, como o outro colega falou, pra você ter esse olhar humanizado, você precisa primeiramente **sensibilizar** e aí **sensibilizar gestores**, **sensibilizar** equipe, **sensibilizar** os próprios **idosos**, os profissionais. (ENF 5)*

*Eu também tenho que me **sensibilizar** com a situação do **idoso**, **sensibilizar** o médico, **sensibilizar** o dentista, **sensibilizar** a todos os profissionais que trabalham no posto porque, se eles não se **sensibilizam**, todo mundo, não sai nada, né, não faz nada [...] então, tem que **sensibilizar gestores** para que essas políticas que todo mundo fala aqui aconteça. (ENF 11)*

Percebe-se que os participantes compreendem que a sensibilização de todos os atores do processo se faz necessária como possibilidade para uma mudança na forma como ocorrem as práticas de educação em saúde com idosos, visando a torná-las mais efetivas.

Observa-se o quanto é significativo e importante, para esses profissionais, essa sensibilização e como isto parece estar fazendo falta no cotidiano de ações na ESF.

Em seguida, tem-se a classe 1, com 15,4% das ocorrências, representada pelo termo **humanização** ($X^2 = 6,43$; $p = 0,011$).

*[...] aí, o profissional, às vezes, ele chega com muito conhecimento, conhecimento técnico e geral, mas, infelizmente, não tem um pingão de **humanização**, não se coloca no lugar do outro. Pra mim, se não, se você olha um paciente, você não se coloca no lugar dele, não o trata de forma **humanizada**, as outras coisas não vão fluir, não vão. (ENF 6)*

Para esses profissionais, um olhar humanizado para o idoso precisa ser melhorado ou reforçado visto que, muitas vezes, eles saem da academia com muito conhecimento técnico, mas sem essa visão humanizada necessária para se trabalhar com o público geriátrico.

A próxima classe resultante da categoria 4 é a classe 7, com 13,5% de ocorrências, que apresentou, como formas significativas, **paciente** e **vínculo** ($X^2=16,55$; $p<0,0001$ e $X^2=14,09$; $p=0,00017$, respectivamente), representadas na fala que segue.

*[...] então, estabelecer esse **vínculo** entre o **paciente** e a unidade, entre a unidade e o **paciente**, entre a própria equipe, né, porque também, às vezes, a equipe trabalha de forma diferente e, às vezes, as coisas acabam não dando certo [...] pra você estabelecer esse **vínculo**, você tem que saber como chegar, né, no paciente, e humanização que é uma coisa que a política de humanização fala, né. (ENF 9)*

Pelo evidenciado na classe 7, o vínculo com o paciente parece ser algo que precisa ser reforçado ou melhorado pelos membros da equipe para o melhor desenvolvimento das ações de educação em saúde com idosos. Sem uma boa relação com o público que será o alvo das ações, uma relação de confiança, os resultados podem não ser alcançados.

As classes 2,3 e 5, com 11,5% de ocorrências cada, são as classes com menor número de ocorrências. A classe 2 tem como destaque as palavras **lugar** ($X^2=37,3$; $p<0,0001$), **colocar** ($X^2=32,41$; $p<0,0001$) e **empatia** ($X^2=4,39$; $p=0,036$).

*Um olhar humanizado e com **empatia**. Quando eu falo olhar humanizado, eu já estou falando da significância da **empatia**, que é aquela capacidade de você ter de se **colocar** no **lugar** do outro. (ENF 01)*

*Então, tem que sensibilizar para ter essa **empatia** [...], se **colocar** no **lugar** do outro, ver as dificuldades e procurar um caminho, uma solução para poder ajudar mesmo com o pouco que você tem disponível. (MED 2)*

Logo, percebe-se a necessidade vista por esses profissionais de reforçar essa capacidade de se colocar no lugar do outro, de ter empatia, na busca de novos caminhos ou soluções para superar as dificuldades presentes e tentar desenvolver a educação em saúde com idosos de forma eficiente.

Na classe 3, os termos de importância foram **olhar** ($X^2=28,49$; $p<0,0001$), **humanizado** ($X^2=13,7$; $p=0,00021$) e **empatia** ($X^2=12,73$; $p=0,0003$), ainda destacando que se deve ter um olhar humanizado para as ações com os idosos e que

isso precisa ser melhorado e reforçado com os profissionais, desenvolvendo a empatia.

*Eu acho que ainda falta isso na equipe como um todo, ter um **olhar humanizado**, visar, né, essa, essa **empatia**. (ENF 1)*

A classe 5 tem as palavras **gente** ($X^2= 13,87$; $p= 0,00019$) e **enfermeiro** ($X^2=9,48$; $p=0,002$) como representativas. O termo gente aqui é utilizado para representar os profissionais participantes do estudo.

*[...] motivar até os outros profissionais porque, pelo menos na minha unidade, até agora, as maiores ações que têm voltadas aos idosos realmente é comigo, o **enfermeiro** [...] aí, tem que motivar os outros também porque eles têm um papel também importante [...]. (ENF 4)*

*[...] assim, a **gente** fala tanto, acha que se torna tão repetitivo a **gente** dizer sensibilizar, sensibilizar, mas, infelizmente, a **gente** ainda precisa dessa sensibilização, entendeu? Porque, sem ela, a gente não vai encontrar motivação porque, a partir do momento que eu sou sensível àquilo, mesmo com a dificuldades, eu vou encontrar motivação pra mudar essa realidade, né. Mesmo que eu não tenha o apoio dos outros, eu vou encontrar uma forma, né, de mudar aquela realidade da minha localidade. Então, assim, as dificuldades, elas se tornam mais, se tornam menores, não vou dizer que elas não existam, elas vão se tornar menores, né. (ENF 7)*

Evidencia-se, nas falas, que a maioria das ações educativas desenvolvidas com os idosos é de responsabilidade do enfermeiro das unidades e que esses profissionais sentem que a equipe toda deveria participar, tendo em vista a importância de seu papel em melhorar a qualidade de vida dos idosos.

Observa-se, também, que os profissionais acreditam que, se eles fossem sensibilizados à questão de educação em saúde com idosos, mesmo que existissem as dificuldades para executá-las, tentariam, com mais afinco, superá-las em prol de encontrar formas de desenvolvê-las em busca de mudar a realidade desse público.

Nessa última categoria, as atividades em grupo mostraram-se como uma possibilidade de educação em saúde com idosos, que eles não estão mobilizando apropriadamente em suas práticas, mas que têm potencial para ser efetivadas.

E, ainda, que desenvolver um olhar humanizado e com empatia é essencial para que se realizem práticas de educação em saúde com idosos que possam levar

a bons resultados, que o vínculo com o usuário deve sempre ser estimulado e reforçado e que todos têm que ser sensibilizados para a execução e fortalecimento de tais práticas, pois elas não são de responsabilidade de apenas um profissional, muitas vezes, o enfermeiro, mas de toda a equipe e necessitam também do apoio da gestão e dos idosos, todos os atores, então, devendo ser sensibilizados e motivados para esse fim.

Os profissionais de saúde precisam se aproximar da realidade vivenciada pelo usuário, para alcançar resultados positivos durante os processos educativos, cabendo, ao enfermeiro, enquanto educador e membro da equipe multiprofissional de saúde, a necessidade de reconhecer integralmente os idosos sob seus cuidados, permitindo a elaboração compartilhada de um plano de cuidados que melhorem o processo de saúde. Assim, é uma das principais funções dos profissionais da Enfermagem reorientar suas práticas com o propósito de acolher, gerar vínculo e assistir de forma satisfatória, respeitando a história, a singularidade e a especificidade de cada ser humano (CABRAL et al., 2015; DOMINGUES; DAHER; PINTO, 2012).

Na ESF, educar em saúde faz parte de uma atribuição de destaque dos profissionais que compõem a equipe, sendo historicamente o enfermeiro o profissional-chave nesse processo, especialmente por sua formação mais próxima da educação (MOUTINHO et al., 2014).

Apesar das ações de educação em saúde serem de responsabilidade de todos, é o enfermeiro o profissional que mais se identifica e se compromete com essa função, visto que seu fazer está mais próximo dela do que de outros profissionais (ACIOLI, 2008). Entretanto, com a mudança do modelo assistencial, torna-se um desafio envolver todos no contexto do trabalho da equipe, cooperando juntos na busca de objetivos comuns (ARAÚJO; ROCHA, 2009; MOUTINHO et al., 2014).

Em estudo realizado por Monteiro e Vieira (2010), quando as enfermeiras da ESF elaboraram propostas para reconstruir as ações de Educação em Saúde no território, dentre elas, estavam: a sensibilização dos profissionais para o trabalho em grupo como importantes, assim como o estímulo à vivência com abordagens participativas e libertárias; o apoio continuado da equipe central, fortalecendo parcerias e disponibilizando material educativo e recursos materiais mínimos; o alinhamento do seu pensamento com o da equipe, a fim de fortalecer ações continuadas em educação em saúde, evitando fragmentação e verticalização, além

do compartilhamento de ações entre os profissionais e os participantes do grupo em todas suas fases, desde o planejamento até a avaliação.

Logo, percebe-se uma aproximação do estudo de Monteiro e Vieira (2010) com este estudo quando os participantes falam da importância da sensibilização dos profissionais, da gestão, que haja apoio para as ações, que a equipe tenha harmonia de pensamento e que ocorra a sensibilização dos idosos participantes da educação em saúde.

Com relação ao desenvolvimento de um olhar humanizado por esses participantes, a humanização é compreendida, pela PNH, como sendo a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde, e essa política é norteada por valores como a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a corresponsabilização entre eles, a criação de vínculos solidários e a participação coletiva no processo de gestão (BRASIL, 2008b).

Tal política visa a superar o modelo de hegemonia biomédico em direção à centralização no usuário, que é o sujeito do processo assistencial, tornando as tecnologias das relações ferramentas para a construção de vínculos e de práticas que vão além da visão fragmentada do cuidado (NORA; JUNGES, 2013).

Implica, ainda, em construir trocas solidárias e comprometidas com a tarefa de produção de saúde e produção de sujeitos; contagiar, por atitudes e ações humanizadoras, a rede do SUS, incluindo gestores, trabalhadores da saúde e usuários, propondo transformações nas relações sociais de trabalhadores e gestores em sua experiência de organização, condução e prestação de serviços à população (GRANJA; ZOBOLI, 2012).

A PNH busca a horizontalização das relações entre a gestão e os trabalhadores e usuários com a valorização dos atores envolvidos, democratização dos processos decisórios, trabalho em equipe e corresponsabilização de todos os participantes (GRANJA; ZOBOLI, 2012), percebendo-se, nas discussões dos participantes desse estudo, que esses ideais da PNH ainda parecem distantes de acontecer na prática diária.

Lima et al. (2010) declararam ser um desafio desenvolver formas de descentralizar e disseminar os processos pedagógicos que possibilitem, aos usuários, trabalhadores e gestores, ensinar e aprender em saúde. Mas essa integração, que deveria estar presente no cotidiano, não ocorre por muitas razões, mas,

principalmente, pela fragmentação do trabalho, pela normatização de tarefas preestabelecidas e pelo fracionamento da assistência.

A desarticulação presente nas ações dos profissionais da ESF deve-se às dificuldades na gestão do processo de trabalho e na prática, encontrando-se equipes sobrecarregadas no seu cotidiano, tentando arduamente responder à demanda espontânea e organizar uma agenda de atendimento aos usuários, muitas vezes, em detrimento de atividades que exigem um maior planejamento e dedicação de tempo, como a educativa (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Apesar dessas dificuldades, Moutinho et al. (2014) evidenciaram que a educação em saúde se legitima pelo esforço dos profissionais, tentando trabalhar de modo integrado e efetivar suas ações, com a utilização de recursos da comunidade ou pela perseverança de seguir em frente, tentando se superar.

Neste estudo, essa fragmentação fica evidente com o predomínio das ações educativas executadas pelos enfermeiros, que também formam a classe profissional mais prevalente, e com ações sem a participação dos idosos nos seus processos de decisão e planejamento, quando se observa que apenas um profissional menciona que se deve perguntar, ao idoso, sobre que temas ele deseja que sejam abordados.

No entanto, merece destaque que aparecem nas falas dimensões importantes como: a percepção dos participantes de que precisam ser sensibilizados já que são atores no processo; de que precisam sensibilizar os outros atores para mudar essa realidade; de que têm responsabilidade sobre essa educação em saúde com idosos, visto que reconhecem que, se o interesse fosse maior, os entraves não seriam impeditivos para a ocorrência dos processos educativos com idosos.

Como momento final da fase de problematização, houve a apropriação da fundamentação teórica mediada pela leitura de textos sobre a temática. Esta leitura foi planejada com o objetivo de promover uma reflexão entre os participantes de modo que esses pudessem conhecer outras realidades e/ou possibilidades e assim efetuar a tomada de consciência acerca das suas práticas educativas com idosos, sucedendo-se à ressignificação das práticas educativas para esse público.

A figura 9 representa a nuvem de palavras proveniente do *corpus* ressignificação.

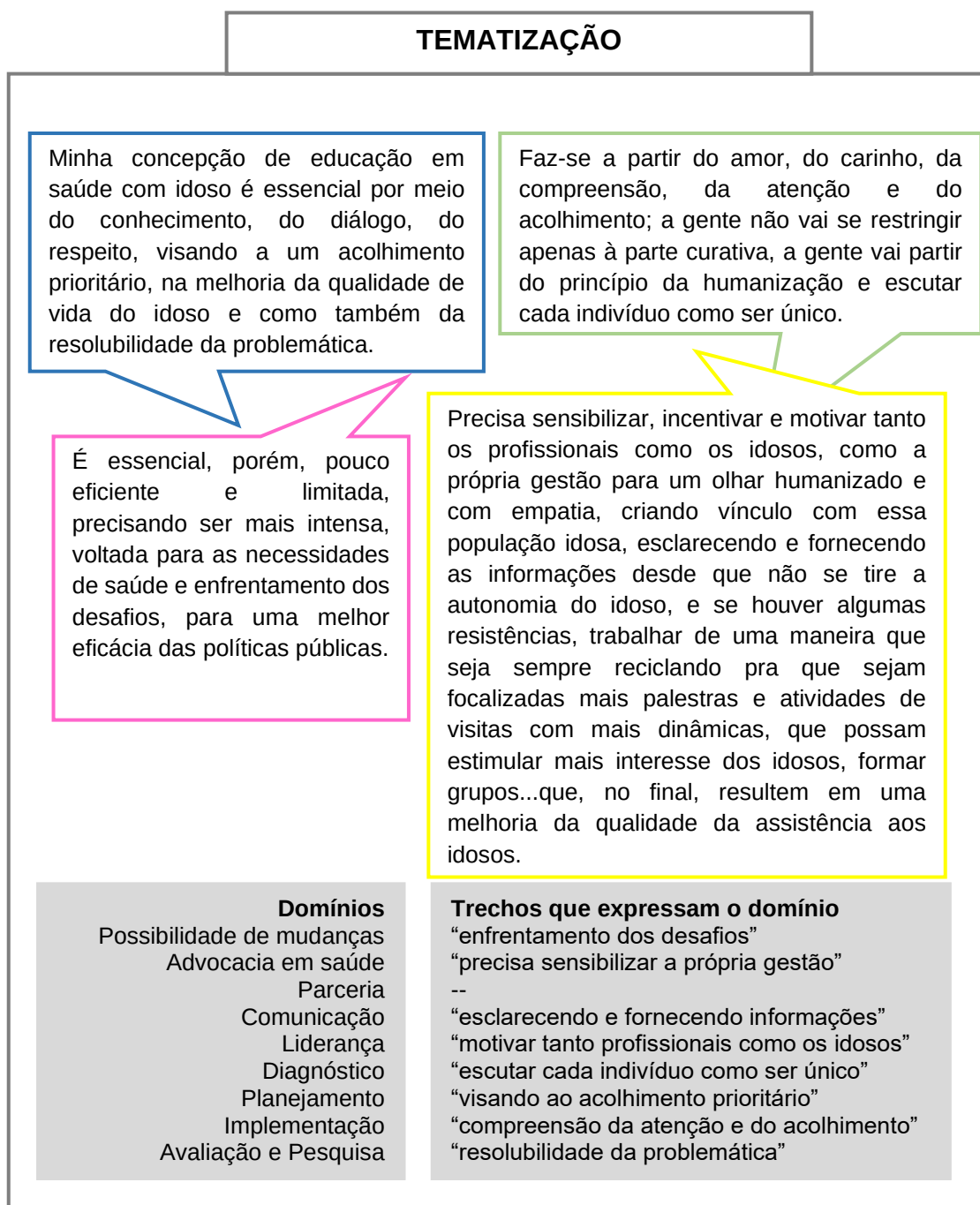
Para além daquela visão inicial de individualidade, priorizando consultas e visitas domiciliares, surgiu a palavra COMUNIDADE, demonstrando o tanto que a saúde é influenciada pela família e pela comunidade e que tudo está inter-relacionado e deve ser levado em consideração nas ações, como que a comunidade pode ser uma importante parceira na efetivação da educação em saúde com idosos e nas atividades grupais.

5.4 EVIDÊNCIAS ACERCA DA APLICABILIDADE DAS COMPETÊNCIAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE NAS ATIVIDADES EDUCATIVAS COM IDOSOS

Do material proveniente dos momentos realizados com os profissionais, buscou-se a aproximação com os domínios de competências de PS do CompHP, referencial teórico adotado no estudo.

As figuras 10 e 11 apresentam a relação dos domínios com as etapas do Círculo de Cultura. Os enunciados/sinopses elaborados pelos participantes durante a fase de tematização, as nuvens de palavras representativas de cada categoria temática oriunda da fase de problematização e a resignificação subsidiada pela leitura dos textos de apoio possibilitaram identificar quais domínios faziam parte dos discursos e se estes eram aplicados ou não no desenvolvimento das ações educativas em saúde com os idosos.

Figura 10 - Domínios de competências de promoção da saúde nas falas dos participantes sobre as práticas educativas com idosos (etapa de tematização).



Fonte: Elaborado pela autora (2019).

do termo com a competência de possibilitar que indivíduos, grupos, comunidades e organizações construam capacidade para a ação em PS.

Quando ressignificaram, na etapa seguinte, encontrou-se, no termo **acolhimento**, uma forma de utilização de abordagem de PS que apoie essa **autonomia** dos idosos, trabalhando-se a PS dos idosos com educação em saúde. Objetivam-se **minimizar** iniquidades que afligem essa população, mas, para que isso ocorra, são necessários **suporte** e a colaboração com sujeitos/famílias/grupos/comunidades na reorientação dos serviços de saúde para a PS e redução das iniquidades.

Assim, o profissional coloca-se como ator do processo para **minimizar** os problemas de saúde do idoso por meio das ações de educação em saúde e possibilitar as mudanças que redescobriu como necessárias. Logo, os termos **acolhimento**, **autonomia**, **suporte** e **minimizar** apareceram representando esse domínio nas falas a seguir.

*A educação, ela é primordial, ela é prioritária, ela é importante, né, na verdade, e ela se faz necessária com esse **acolhimento**. (ENF 1)*

*Ele precisa de **autonomia**, ele precisa de inserção social, ele precisa de emprego. Quer dizer só questão de atividade, de orientação, de higiene, dietética, alimentação, tomar a medicação direto. Acabar essa medicalização do idoso. Então, o problema é esse aí, precisa de políticas públicas mais intensas voltadas ao bem-estar do idoso. (MED 1)*

*Seria uma das soluções para essa problemática. Através do **suporte**. Porque, quando você não tem suporte, né? Você tem que colocar coisas atrativas. Para eu poder ministrar uma palestra, eu tenho que comprar brindes, coffee breaks, só que eu não tenho **suporte** para isso. Então, assim, fazer educação tem que ter todo esse **suporte**. (ENF 1)*

*Eu vejo, como profissional, eu posso **minimizar**, tentar **minimizar** a situação(...) eu não tenho como resolver tudo, né, a gente, como profissional de saúde, infelizmente não tem. Mas se eu tiver um olhar diferenciado pra tentar **minimizar** a realidade daquele idoso, a realidade da minha localidade, eu acho que já é um passo a ser andado. (ENF 7)*

O domínio **Advocacia em saúde** foi evidenciado nas falas dos profissionais nas duas etapas, destacando-se a importância da **sensibilização da gestão** em

ambas. Ao se observar as competências de dialogar com as pessoas-chave, para sensibilizá-las na realização de ações de PS e de defender/reivindicar, junto aos setores responsáveis, o desenvolvimento de políticas, diretrizes e procedimentos que impactem positivamente a saúde e reduzam as iniquidades em saúde, percebe-se a aproximação desses termos com o domínio representado na fala a seguir.

*Você precisa, primeiramente, **sensibilizar**, e aí, **sensibilizar gestores, sensibilizar** equipe, **sensibilizar** os próprios idosos, os profissionais, se não houver isso aí, não vai acontecer. (ENF 2)*

O domínio **Parceria** não se encontra expresso na tematização, mas fica evidenciado quando os profissionais falam em **vínculo**, **equipe** e **rede** na etapa da problematização.

Observa-se, nas falas dos profissionais, que não existe uma interação participativa de ações de educação em saúde de toda a equipe, nem com a rede de saúde do idoso.

Com a resignificação, na leitura e discussão dos textos, eles já foram percebendo a importância da necessidade das parcerias, como apresentado a seguir.

*No geral, seria execução em **redes**, na verdade. Eu acho que o que fragmenta toda essa assistência e gera toda essa problemática é a **rede**, que ela não funciona, na verdade, ela é quebrada. Se houver execução e integração dessas **redes**, as redes que eu falo são das políticas públicas de saúde que vão desde o MS até nós como porta de entrada para atendimento, existem inúmeras fragmentações. Então, se não houver uma modificação nessa execução de **redes**, a assistência, principalmente voltada ao grupo de idosos, que é o que a gente está tratando aqui, a gente não vai conseguir êxito porque a gente vai tentar sabendo que isso faz com que a gente não consiga êxito porque a **rede**, ela não funciona. (ENF 1)*

Tusset et al. (2015) identificaram que existem parcerias pontuais, de acordo com as necessidades, na execução de ações para a realização de palestras, oficinas, avaliações clínicas e antropométricas no Programa de Saúde na Escola, embora a interação em nível local da equipe com parceiros na gestão, no planejamento, no monitoramento e na implementação das ações, não ocorre de forma significativa para se caracterizar alianças consolidadas, enfatizando que são necessárias novas alianças intra e intersetoriais.

Para as ações com idosos não parece ser diferente essa forma de parcerias pontuais.

O domínio **Comunicação** apresentou-se expresse na fase de tematização e corroborado na fase de problematização, por meio da qual os participantes reconhecem a contribuição deste domínio, para que se conheçam as necessidades, o cotidiano e a cultura dos idosos, e possibilitem a realização de ações educativas mais efetivas.

Após a leitura dos textos, os participantes perceberam o quanto é valioso e importante ter, primeiramente, um entendimento de como é a realidade daquele idoso na família, na comunidade, na questão biopsicossocial, para gerar mudanças reais e, para que isso ocorra, é preciso praticar a comunicação.

Ao se observar expressões como **falar**, **escutar** e **diálogo**, percebe-se a expressão desse domínio na etapa, representado pela fala a seguir.

*Quando você pega ele para conversar que ele vai contar a vida, os problemas, isso já desafoga de um jeito que, às vezes, não é nem necessidade, ele vem como consulta, mas não é nem necessidade de consulta, é só questão de **diálogo**. (ENF 9)*

O domínio **Liderança** está expresse nas duas etapas. Na fase de problematização, os profissionais reconhecem sua importância para a melhoria das ações de educação em saúde com idosos.

***Motivar, motivar** tanto os idosos como também os outros profissionais para que sejam desenvolvidas mais ações para essa população. (ENF 4)*

Na APS, é necessária, para um bom funcionamento, além de infraestrutura e equipe multiprofissional integrada, a presença de líderes com capacidade de articular questões internas e externas ao serviço e de se responsabilizar por atuar de forma descentralizada, com capilaridade e resolutamente, coordenando o cuidado e as redes de atenção à saúde (LANZONI et al., 2015).

Visto que, nesse contexto, se espera uma prática profissional coletiva visando à tomada de decisões compartilhada e com participação social, a liderança para a APS é compreendida como uma ação grupal complexa na qual o líder emerge, de forma natural, das interações múltiplas estabelecidas entre os envolvidos e tem a

habilidade de perceber seu local de atuação ao mesmo tempo em que sente, intui, vivencia se relaciona com e influenciando os outros (LANZONI et al., 2015).

Assim, os profissionais aqui estudados sentem que deve ser estimulado o surgimento de lideranças por meio da **motivação** para se desenvolver ações com idosos, como compreende esse domínio quando tenta contribuir para o desenvolvimento de uma visão compartilhada e direções estratégicas para a ação em PS.

O domínio de competência **Diagnóstico** é evidenciado nas etapas ao mesmo tempo em que os profissionais acreditam que se deva escutar o indivíduo como ser único na tematização. Corrobora-se, após a ressignificação com a leitura dos textos, a ideia de que se deve ter um olhar diferenciado para o público idoso, de buscar suas **necessidades de saúde**, fazer com que o idoso faça parte do processo e da construção das intervenções.

Para que isso realmente ocorra, os profissionais precisam desenvolver a capacidade de identificar os determinantes de saúde, **necessidades** e potencialidades das intervenções, conhecer a **realidade** desse idoso, processo que não vem sendo observado nas suas práticas.

*Na educação em saúde, vai ter a troca do conhecimento, vai ter a troca das **necessidades** que eles relatam. (ENF 2)*

A atenção integral deve ser baseada nas necessidades dessa população, centrada no indivíduo e integrada com a família e a comunidade, considerando-se as especificidades e a heterogeneidade dos processos de envelhecer, a partir dos determinantes sociais da saúde, em seus diversos aspectos, buscando a equidade e a resolutividade do cuidado ofertado, priorizando, na organização, e oferta dos serviços às singularidades dos idosos com suas novas demandas de cuidado (BRASIL, 2012a).

Então, faz-se necessário identificar os determinantes sociais e de saúde que impactam as ações de PS, além das necessidades em saúde, parceiros com potencialidades e os recursos existentes e necessários para as ações de PS, que são competências do domínio Diagnóstico expressas pelos termos apresentados.

O domínio **Planejamento** ficou evidenciado quando os profissionais compreenderam que só conseguirão realizar as ações de educação em saúde com idosos planejadas se tiverem o apoio e a participação dos atores/parceiros no seu

planejamento, utilizando os recursos baseados nas necessidades e nas potencialidades disponíveis.

Assim, ao identificarem estratégias, como **acolhimento prioritário**, como necessárias para alcançar metas e objetivos definidos de PS e na problematização, com a tomada de consciência, ao perceberem que as ações de educação em saúde devem ser **direcionadas** e vistas como **prioridade**, acabam por expressar a competência de desenvolver coletivamente um plano de ação para as ações de PS, que pode ser executado segundo os recursos, as necessidades, a criatividade e as potencialidades apresentados.

*Educação em saúde é de atendimento, tem que ser [...] mais **direcionado** a eles mesmo (ao idoso). (ENF 4)*

Para Costa e Ciosak (2010), cabe aos profissionais organizarem a atenção ao idoso levando em conta recursos necessários para responder, de forma flexível, às necessidades de saúde dessa população e de suas famílias.

O domínio de competência **Implementação** apresentou-se expresso na tematização quando os profissionais percebem que suas práticas com o idoso partem da **compreensão, da atenção** e do **acolhimento**, correspondendo à competência de facilitar a responsabilização dos atores/parceiros sociais nas ações de PS por meio da colaboração permanente.

Mas, após a ressignificação, não ficou evidenciada, nas falas, a presença do domínio Implementação. Isso pode ter ocorrido porque, na definição, este domínio visa a implementar ações de PS efetivas, eficientes, culturalmente sensíveis e éticas, em parceria com os atores/parceiros sociais e, talvez, os participantes não se sintam habilitados para realizar essas ações utilizando processos apropriados e que promovam autonomia, com recursos e materiais necessários, por meio de ações planejadas e com a colaboração dos atores/parceiros, mobilizando redes e com o monitoramento de qualidade desse processo, como propõem as competências desse domínio no CompHP.

Mendonça et al. (2017) descreveram que a capacitação é facilitadora para a criação de grupos, pois promove estímulo e aprendizagem, permite reflexão da prática e possibilita o uso do conhecimento em outros grupos, sendo os grupos de educação em saúde ferramentas capazes de promover a troca de experiências e estimular o

autocuidado e o exercício da autonomia dos idosos. Porém, ainda existem diversas dificuldades para que esses grupos tenham espaço prioritário e permanente na APS.

O último domínio, **Avaliação e Pesquisa**, expressa-se na tematização quando mencionam a **resolutividade da problemática** da educação em saúde com idosos, demonstrando que estariam avaliando suas ações como sem a efetividade desejada.

Após a análise do material, o domínio não foi evidenciado. Embora percebam as ações educativas com idosos como pouco eficientes, com pouco sucesso, não apresentam indícios que possam demonstrar a necessidade desses processos avaliativos e de pesquisa nas suas práticas.

5.5 AVALIAÇÃO DO CÍRCULO DE CULTURA

A avaliação do Círculo de Cultura aconteceu de forma processual ao longo de todas as etapas, no entanto, ao final, os participantes foram convidados a avaliar a ação com uma palavra e foram incentivados, também, a relatar experiências pessoais e profissionais com o método Círculo de Cultura como uma estratégia pedagógica para a problematização de assuntos relacionados à saúde.

A avaliação está representada pela figura 12, a seguir.

Figura 12 - Representação esquemática das palavras expressas pelos profissionais para avaliar os momentos vivenciados no Círculo de Cultura. Aurora (CE), 2019.



Fonte: Dados da pesquisa (2019).

Foram evidenciadas palavras, como experimental e princípio de tudo, em meio a tantas que falaram em conhecimento e aprendizado. Mas esses dois termos apontam a ideia de que, a partir do Círculo de Cultura, possibilidades de mudanças nos processos educativos com idosos possam vir a ocorrer.

5.6 DEVOLUTIVA AOS PROFISSIONAIS

Com o propósito de cumprir o percurso proposto pelo estudo e assegurar a relação de respeito, parceria e confiança construída entre a pesquisadora e os

participantes, planejou-se um momento de retorno ao cenário do estudo para compartilhar as análises e o fechamento do Círculo de Cultura.

As pesquisas envolvendo seres humanos necessitam atender a alguns fundamentos éticos e científicos pertinentes, como o de assegurar, aos participantes da pesquisa, os benefícios resultantes do projeto, ou seja, o retorno social (BRASIL, 2013).

É de responsabilidade da pesquisa frente à sociedade tanto a produção teórica quanto a devolução dos resultados para a comunidade científica e para aqueles que participaram do estudo (HENSE; ECKERT; PENNA, 1994).

Considera-se, portanto, importante que sejam desenvolvidas tecnologias de devolutivas de resultados de pesquisa aos sujeitos envolvidos que busquem melhorias no cotidiano das pessoas (SVERZUT et al., 2014).

Para Anjos et al. (2016), após a realização de uma pesquisa, é fundamental que o pesquisador apresente os resultados de seu estudo aos participantes e outros indivíduos envolvidos, para que se possa compartilhar o saber construído, gerar a reflexão, sanar dúvidas, expressar sentimentos, informar demandas e integrar com outras pessoas, possibilitando a troca de saberes e de experiências, favorecendo a construção de propostas de intervenção e de novos estudos para serem desenvolvidos a partir das discussões realizadas.

Foram convidados os profissionais que participaram do Círculo de Cultura para o momento de devolutiva por meio do envio de convites (APÊNDICE H).

O momento ocorreu com a apresentação de uma minixposição (APÊNDICE I), que teve a duração de 20 minutos e tratava da síntese do material advindo do Círculo de Cultura, seguida de uma discussão pelos participantes. O foco da discussão deteve-se a que domínios deveriam ser contemplados na formação e como essa deveria ocorrer.

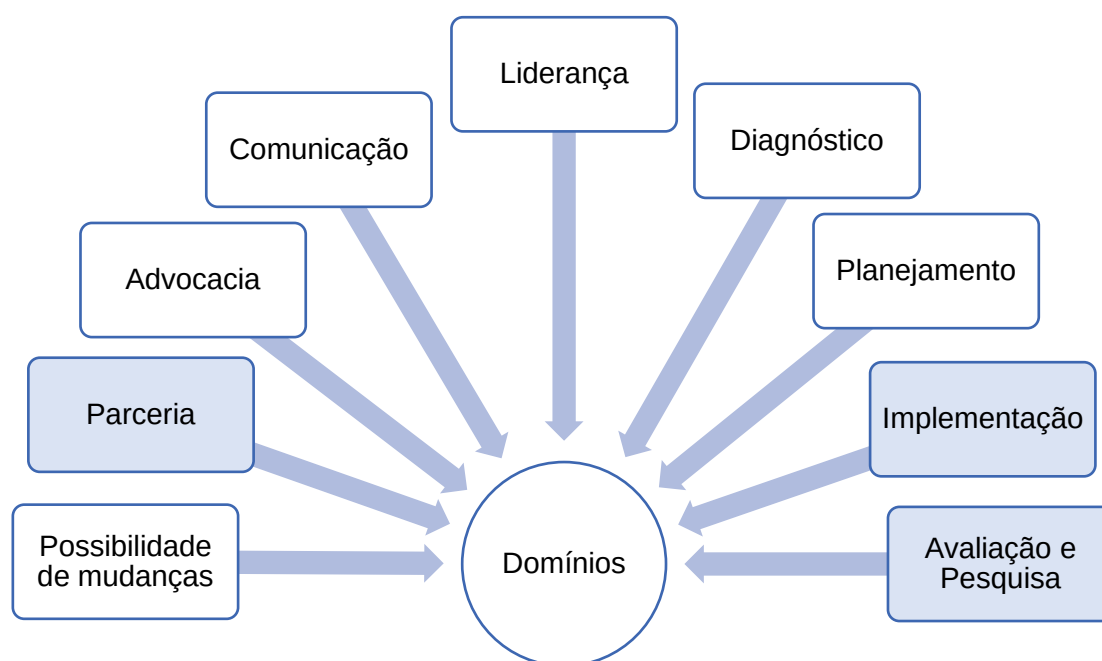
Após a discussão, os participantes, em uma construção conjunta, sinalizaram que deveriam ser contemplados na proposta formativa todos os domínios de competências do CompHP no sentido de incorporá-los nas práticas educativas com idosos.

Foi sugerido que a proposta formativa ocorresse em três momentos, que não fossem extensos, utilizando-se de metodologias ativas e de metodologias tradicionais com exposições.

Parece que ocorreu equívoco na compreensão do grupo no sentido de que um método ativo não pode ter uma exposição como estratégia educacional e que essa é própria do método tradicional, levando a crer que eles desconhecem que, nas metodologias ativas, podem acontecer exposições dialogadas. Neste entendimento, a proposta aqui apresentada para a formação adota a concepção de método ativo para alcançar os objetivos propostos.

A figura 13 representa os domínios do CompHP que serão abordados na proposta formativa, com ênfase para os três domínios (Parceria, Implementação e Avaliação e Pesquisa) que terão maior mobilização no processo formativo, visto que foram os que apareceram expressos apenas em uma das duas etapas do Círculo de Cultura (Tematização ou Problematização).

Figura 13 - Domínios que serão mais mobilizados no processo formativo dos profissionais.



Fonte: Dados da pesquisa (2019).

5.7 PROPOSTA DE FORMAÇÃO

5.7.1 Apresentação

Trata-se de uma proposta de formação delineada a partir dos nove domínios de competências do CompHP.

A seguir, apresenta-se o desenho da formação.

5.7.2 Competência

Capacidade de mobilizar os domínios do CompHP nas práticas de educação em saúde com idosos.

5.7.3 Objetivos de aprendizagem

Ao final da formação, os profissionais deverão:

- a) Compreender os domínios do CompHP;
- b) Implementar os domínios do CompHP nas práticas educativas com idosos.

5.7.4 Público-alvo

Profissionais de saúde inseridos na ESF de Aurora (CE).

5.7.5 Pressupostos políticos e teóricos

A PS, um dos eixos estruturantes do SUS, refere-se ao fortalecimento da capacidade de indivíduos e grupos sociais para intervir nos determinantes do seu processo saúde-doença. Ela envolve cinco eixos de atuação: elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis; criação de ambientes favoráveis à saúde; reforço da ação comunitária; desenvolvimento de habilidades pessoais; reorientação dos sistemas e dos serviços de saúde (CHIESA et al., 2007).

Os profissionais de saúde não têm uma formação inicial, de um modo geral, que os prepare para atuar no campo da PS devido aos enfoques predominantemente curativistas, biologicistas, medicalocêntricos e desarticulados das práticas em saúde.

E em estudos tem se evidenciado um distanciamento entre o que é proposto pelo ensino nas escolas e as necessidades de saúde da população (CHIESA et al., 2007).

A PNPS (BRASIL, 2015b) reconhece a PS como uma estratégia de produção de saúde que contribui para se construir ações que possibilitam avanços na resposta às necessidades sociais de saúde. Embora essa política tenha como uma de suas estratégias de implementação o desenvolvimento de qualificação em ações de PS para profissionais de saúde inseridos no SUS, não explicita quem promoverá essa qualificação e nem de que forma será o desenvolvimento dessas habilidades.

Xavier et al. (2019) referiram que elaborar um referencial que aponte as competências básicas em PS pode contribuir significativamente para a evolução do ensino na saúde e para aperfeiçoar a prática profissional em saúde no contexto mundial, visto que serve de embasamento a programas educacionais e orientação à prática docente e colabora para o desenvolvimento contínuo dos estudantes.

Logo, o consenso de Galway, produto da Conferência de Galway, de 2008, na Irlanda, levou ao desenvolvimento do projeto *Developing Competencies Promotion Capacity Building*, popularmente conhecido como CompHP, reconhecido como referencial metodológico e modelo teórico-prático para a formação de “promotores de saúde” de modo a contribuir com a reorientação da prática profissional, implicando melhor desempenho profissional (XAVIER et al., 2019).

Pinheiro et al. (2015) acreditaram que o CompHP poderia incrementar a política nacional com referências de quais domínios, competências e habilidades estes profissionais deverão desenvolver para que sejam realmente promotores de saúde eficazes e completos.

Esse documento tem grande potencial para ser utilizado como referencial norteador de processos formativos em saúde por possibilitar pensar a prática em PS como um processo contínuo que, ao apresentar clareza na definição das competências requeridas pelo promotor de saúde, ressignifica a sua atuação e qualifica o profissional para atender às necessidades emergentes no campo da saúde (XAVIER et al., 2019).

Para se estimular processos formativos em saúde, vêm sendo implantadas novas políticas no campo da saúde e sua interface com a educação, como a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), instituída em 2004 e reformulada em 2007, para adaptá-la às diretrizes operacionais e ao Pacto de Saúde (BRASIL, 2007).

Assim, a EPS desponta como estratégia do MS para o desenvolvimento dos profissionais da saúde e para o fortalecimento do SUS, que percebe os trabalhadores como protagonistas do cotidiano nos serviços de saúde, transformando contextos, construindo e desconstruindo saberes (BRASIL, 2007).

Logo, na EPS, é a transformação dos processos em saúde que deve imperar na orientação dos modos de pensar e fazer os processos educativos nos serviços de saúde e ela é vista como um dispositivo para a problematização sobre o processo de trabalho, partindo de uma situação existente em busca de mudá-la, transformá-la e superá-la (SILVA; MATOS; FRANÇA, 2017).

Metodologias problematizadoras são utilizadas em alguns cursos em formação de PS como, por exemplo, no Curso de Especialização em Promoção da Saúde e Desenvolvimento Social da ENSP, Fiocruz, e no Programa de Pós-graduação em Promoção de Saúde da Universidade de Franca. Tais metodologias possibilitam que a teoria se aproxime da prática e proporcione uma formação crítico-reflexiva com rigor científico e relevância temática (TAVARES et al., 2016).

As metodologias participativas, que utilizam a problematização como estratégia de ensino-aprendizagem, mostram-se afinadas com este processo de estímulo ao discente, já que, diante do problema, ele se detém, ele pode examinar, refletir, relacionar a sua história e ressignificar suas descobertas na direção de uma prática que vá ao encontro das necessidades dos que vão aos serviços de saúde. Este processo não só deve capacitar para as exigências do mercado de trabalho, mas, principalmente, estimular para a descoberta de formas diversas do agir em PS, com consequente melhoria dos processos formativos e da atenção (TAVARES et al., 2016).

Para Freire (1987), a metodologia participativa objetiva que os educandos se reconheçam como sujeitos, que possam desenvolver uma visão crítica sobre as estruturas sociais e se engajar ativamente, exigindo, assim, que participante e educando tenham uma relação de confiança onde ocorra o diálogo e respeito às experiências e aos interesses dos últimos.

Logo, para Freire (2006), o diálogo implica respeito, marca a posição democrática entre os sujeitos, estimulando o crescimento mútuo, que é uma condição fundamental para a humanização das relações.

Assim, esta proposta de formação está pautada nos ideais do educador Paulo Freire, visando a reconhecer a realidade dos participantes e, conjuntamente com eles, identificar possibilidades de transformações.

5.7.6 Pressupostos pedagógicos e método de ensino-aprendizagem

A elaboração da proposta de formação teve como pressupostos pedagógicos a Aprendizagem Significativa (AS) e as metodologias ativas de ensino-aprendizagem.

Na AS, existe a interação entre os conhecimentos prévios e os novos e esta não é literal e nem arbitrária. Nesse processo, os conhecimentos novos adquirem significado para o sujeito e os conhecimentos prévios são ressignificados ou adquirem maior estabilidade cognitiva (MOREIRA, 2000).

Logo, o conhecimento prévio é uma variável de influência na aprendizagem para a qual David Ausubel já chamava a atenção em 1963. Para ele, caso se pretenda promover a AS, é necessário reconhecer esse conhecimento prévio e ensinar de acordo (AUSUBEL, 1963).

Ao fazer o uso dos significados já internalizados ao longo do tempo, o aprendiz não é um receptor passivo na AS e, de maneira não arbitrária, pode captar os significados dos materiais educativos. Dessa forma, está progressivamente diferenciando sua estrutura cognitiva e simultaneamente identificando semelhanças e diferenças para reorganizar seu conhecimento e, conseqüentemente, produzir seu conhecimento (MOREIRA, 2000).

Podem-se compreender as Metodologias Ativas de Ensino-Aprendizagem (MAEA) como maneiras de se desenvolver o processo de aprender que os professores utilizam na busca por conduzir a uma formação crítica de futuros profissionais nas diversas áreas. A utilização dessas metodologias pode favorecer a autonomia do educando, despertando seu interesse e curiosidade, estimulando a tomada de decisões individuais e coletivas advindas de atividades essenciais originadas da prática social e em contextos do estudante (BORGES; ALENCAR, 2014).

Para esta formação, articula-se um elenco de estratégias educacionais para o desenvolvimento dos objetivos de aprendizagem. Os momentos presenciais serão subsidiados pelas estratégias: grupo tutorial; exposições dialogadas; roda de

conversa e estudos dirigidos. Nos momentos de dispersão, os participantes vivenciarão o estudo individual para a solução do grupo tutorial.

A Aprendizagem Baseada em Problemas é uma alternativa pedagógica e metodológica de ensino-aprendizagem que tem o intuito de mobilizar os estudantes a construir conhecimento a partir de problemas, desenvolvendo, de forma autônoma e criativamente, a sua capacidade de reflexão na ação e de comunicação em busca da solução de problemas práticos da vida acadêmica de diferentes áreas de conhecimento (LEITINHO; CARNEIRO, 2009).

Nessa metodologia, incluem-se diversas atividades acadêmicas como: conferências; aulas de laboratório; sessões simuladas; prática profissional e grupo tutorial (SILVA, 2016).

O grupo tutorial são pequenos grupos, compostos preferencialmente por oito a dez estudantes e um tutor, com tempo de cada sessão variável, de acordo com o número de integrantes e do tipo de problema apresentado, mas preferencialmente não muito extenso, evitando ultrapassar três horas de duração. Esse arranjo em pequenos grupos facilita o processo de aquisição de conhecimento e contribui significativamente em desenvolver outros atributos na formação do aluno, como: habilidades de comunicação; trabalho em equipe; solução de problemas; respeito aos colegas e desenvolvimento de postura crítica (BORGES et al., 2014).

A estratégia aula expositivo-dialogada é onde ocorre a exposição de conceitos com a participação ativa dos alunos, tendo, como ponto de partida, o conhecimento prévio, e este tem um papel extremamente importante. O professor leva os alunos a questionarem, discutirem, interpretar o objeto do estudo apresentado por ele, reconhecendo este objeto e contextualizando-o com as situações da realidade apresentadas pelos alunos (ANASTASIOU, 1998; GIL, 1997).

Na exposição dialogada, tem-se o diálogo como ferramenta chave desta estratégia, favorecendo a análise crítica, a produção de conhecimento e a superação da passividade e da falta de mobilidade intelectual (LOPES, 2012).

A roda de conversa, estratégia que também favorece a participação dialógica, exprime horizontalidade entre os participantes, descentralizando a figura do mestre, revelando, aos sujeitos imersos no processo do conhecimento, a reflexão acerca da própria condição histórica e social, possibilitando espaços para expressar os modos de vida, recriar saberes, produzir novos sentidos e ressignificar as práticas com o

intuito de lutar contra os fatores desfavoráveis e transformar a realidade (SAMPAIO et al., 2014).

O estudo dirigido é definido como uma técnica executada pelos alunos e determinada pelo professor que lhes oferece um roteiro de estudo elaborado previamente, podendo este roteiro ser baseado em um capítulo de livro, um artigo ou um texto didático, de maneira que o aluno o explore efetivamente, lendo, tendo a compreensão do texto, interpretando-o, analisando-o, comparando com a opinião dos pares, aplicando-o nas atividades, avaliando e elaborando as resoluções (VEIGA, 1991).

5.7.7 Conteúdo programático

Nesta formação, serão abordados os domínios de competências do CompHP e maneiras de incorporá-los nas práticas de educação em saúde com idosos no território, enfatizando o seguinte tópico: CPS – o projeto do CompHP e estratégias para melhorar as práticas de educação em saúde com idosos no território.

5.7.8 Programação

A formação está organizada em atividades presenciais e estudo individual a distância, sendo os momentos presenciais estruturados em três encontros.

O primeiro encontro, que é de apresentação do CompHP aos participantes, inicia-se com um momento de acolhimento e a apresentação da formação seguida de uma exposição dialogada sobre o Projeto CompHP e, ao final, a avaliação do momento.

No segundo encontro, a fim de reconhecer a utilização do CompHP nas práticas educativas, após acolhimento inicial, será feita a abertura do grupo tutorial “Educação em saúde com idosos: como fazer?” e, após intervalo, acontecerá um estudo dirigido a partir do texto do Projeto CompHP e, ao final, a avaliação do momento vivenciado.

No terceiro encontro, após o acolhimento, ocorrerá o fechamento do grupo tutorial iniciado no encontro anterior e, depois do intervalo, uma roda de conversa para compartilhar experiências e identificar como os participantes podem melhorar a educação em saúde com idosos no território, finalizando com a avaliação do momento.

As atividades e programação desses encontros estão apresentadas no APÊNDICE J.

5.7.9 Avaliação

A proposta de avaliação para o processo formativo aqui apresentado tem, como foco de análise, o desenvolvimento da formação (processo de ensino-aprendizagem, encontros e desempenho dos participantes e dos facilitadores).

Para Luckesi (2005), o momento de avaliar a aprendizagem do aluno é uma oportunidade de observar se a caminhada está ocorrendo com a qualidade previamente estabelecida para esse processo de ensino-aprendizagem e, assim, poder retomar a prática pedagógica de forma adequada, uma vez que a aprendizagem, objeto da ação avaliativa, é dinâmica e, quando tem função classificatória, não auxilia no avanço e crescimento para a autonomia.

A avaliação dos participantes e do facilitador terá características formativas realizadas verbalmente durante e ao final de todas as atividades de ensino-aprendizagem, garantindo-se, assim, o reconhecimento de conquistas e oferecendo oportunidades para melhorar. Para tanto, serão focalizadas a autoavaliação e a avaliação de desempenho dos pares e do facilitador.

Assim, cada participante se autoavalia com relação a seu desempenho no encontro, avalia os colegas e avalia também o facilitador em suas competências. E o facilitador se autoavalia e avalia o grupo.

A autoavaliação compreende o próprio aluno analisar suas atitudes e comportamentos em sala de aula e estimula o interesse em atingir seu desempenho almejado, buscando melhorias na qualidade de sua aprendizagem e permitindo, ao mesmo, criticidade e autonomia durante o processo educativo (HAYDT, 1997).

Assim, contribui-se para o processo pedagógico, visto que o aluno, ao se avaliar, diagnostica seus erros e acertos e se permite aprimorar.

A avaliação formativa não tem como função atribuir notas sem conceitos, mas determinar os avanços da aprendizagem e contribuir para melhorar a ação didática. Esse tipo de avaliação visa a uma reflexão constante sobre os resultados demonstrados na sala de aula, tomando-se consciência do progresso e das dificuldades dos alunos e permitindo captar os avanços e as dificuldades que forem

manifestadas ao longo do processo ainda em tempo de tomar providências que possam afastar as dificuldades percebidas (PAULA et al., 2011).

A avaliação do processo de ensino-aprendizagem e dos encontros será processual, ao final de cada um deles, permitindo intervenções de melhorias contínuas e oportunamente. São estimuladas a liberdade de expressão e as análises críticas envolvendo todos os atores da formação para, assim, exercitar a prática democrática, sendo que esse exercício também faz parte do processo de ensino-aprendizagem.

Será utilizado um questionário de avaliação (APÊNDICE K) que deverá ser preenchido pelos participantes.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

“De tudo ficaram três coisas... A certeza de que estamos começando... A certeza de que é preciso continuar... A certeza de que podemos ser interrompidos antes de terminar... Façamos da interrupção um caminho novo... Da queda, um passo de dança... Do medo, uma escada... Do sonho, uma ponte... Da procura, um encontro!” (SABINO, 1981).

Ao concluir o estudo, observa-se, na realidade estudada, que os profissionais compreendem o processo de envelhecimento populacional e a necessidade de sua adaptação para enfrentar as demandas dessa população em ascensão, mas falta um maior aprofundamento na concepção de educação em saúde com idosos.

Os resultados demonstram que a prática dos profissionais com idosos ainda está voltada mais para atendimentos individuais e visitas domiciliares, mas que isso precisa ser reorganizado de modo a atender, de fato, ao que a PS se propõe enquanto paradigma da saúde coletiva.

Apesar dessas ações serem feitas muito no âmbito ambulatorial, as falas dos participantes demonstram que eles reconhecem a importância da educação em saúde para promover a autonomia e a qualidade de vida dos idosos, sendo identificada a atividade em grupo como uma possibilidade para melhorar as práticas educativas com idosos e que todos os atores do processo devem ser sensibilizados para esse tipo ação de PS.

Este estudo possibilitou o reconhecimento da maioria dos domínios do CompHP nas falas sobre a educação em saúde com idosos, apesar de apresentarem diferentes enfoques, conforme as etapas do Círculo de Cultura.

Os domínios Parceria, Implementação e Avaliação e Pesquisa foram expressos apenas em uma das etapas analisadas, demonstrando que a parceria não é ainda uma realidade nas práticas, visto que os participantes demonstram dificuldades no trabalho de educação em saúde com idosos em equipe, muitas vezes ficando a cargo do enfermeiro, como também da reduzida colaboração da gestão nas ações e falta de interesse dos idosos em participar.

Mas, após a ressignificação, eles perceberam que, para efetivar as ações, é necessário se trabalhar em equipe, criar vínculo com os usuários e ter colaboração em redes de atenção.

Já o domínio Implementação não aparece expresso após a ressignificação, talvez porque esses profissionais não se sintam capacitados para realizar ações promotoras da saúde dos idosos que possam ser efetivas e utilizando as metodologias participativas.

Como não sabem a forma de implementar as ações, podem também desconhecer estratégias de avaliação e pesquisa, e fica evidente ser interessante uma formação dos profissionais nesses domínios.

O estudo também permitiu o delineamento de um processo formativo para atender às necessidades dos profissionais da ESF de Aurora (CE) voltadas para práticas educativas com idosos, orientadas pelos nove domínios do CompHP, com ênfase em Parceria, Implementação e Avaliação e Pesquisa, que foram expressos apenas em uma etapa do círculo, utilizando metodologias ativas e estratégias como o grupo tutorial, o estudo dirigido, a roda de conversa e a exposição dialogada.

A autonomia, a opinião e o interesse dos participantes, após a devolutiva do Círculo de Cultura, foram respeitados quando o grupo demonstrou interesse em uma formação que contemplasse todos os domínios.

A proposta de formação apresentada neste estudo objetiva compreender os domínios do CompHP e implementar esses domínios nas práticas educativas com idosos. Interessante enfatizar que processos formativos desse tipo, utilizando um referencial norteador como o CompHP, neste caso, e baseados em metodologias ativas, participatórias e dialógicas, utilizando a AS, devem ser estimulados por proporcionar o desenvolvimento de autonomia, a reflexão crítica, o empoderamento do sujeito e o compartilhamento de saberes que levam a uma melhor aprendizagem dos membros participantes.

Favorecer o desenvolvimento dessas competências, estimular práticas com a visão ampliada de PS com idosos e subsidiar o delineamento de estratégias de implementação e instrumentos de avaliação e pesquisa em educação em saúde com idosos são algo desafiador, mas necessário para melhorar a efetividade de tais práticas.

Evidenciou-se, também, a necessidade de EPS periódica para esses profissionais a fim de desenvolver habilidades de diferentes técnicas pedagógicas participativas para estimulá-los e orientá-los em formas de implementar atividades de educação em saúde não só com idosos, mas com outros grupos populacionais, dando-lhes segurança na execução de tais ações.

Além disso, espera-se, com a vivência do Círculo de Cultura, ter contribuído para uma reflexão acerca das práticas educativas em relação à saúde dos idosos pelos profissionais e para fornecer subsídios para a realização de ações de educação em saúde na ESF que possam produzir uma mudança na realidade.

Deseja-se que essa proposta de formação, que será entregue à gestão municipal como um produto deste estudo, tanto para os participantes como para o público geriátrico, possa ser executada e que outros estudos possam ser feitos com esses profissionais para avaliar a efetividade da formação, além de estudos com outros sujeitos para a comparação de resultados em outras realidades similares ou distintas.

Ressalta-se que, por ser a pesquisadora parte do contexto, ora pode se considerar uma potencialidade pela facilidade de aproximação do mesmo e ora pode ser uma dificuldade de afastar-se dos dados coletados para poder perceber e compreender a realidade. Logo, teve que ocorrer uma vigilância constante e um cuidado maior para manter um afastamento desses dados e um olhar em uma dimensão de pesquisadora.

Como limitações do estudo, apontam-se aquelas inerentes ao processo de pesquisa-intervenção. O objetivo do trabalho foi específico e situacional, de acordo com a realidade e possibilidades locais. Além disso, a pesquisadora não teve controle sobre todas as variáveis, pois elas ocorreram num contexto real, com atores sociais que são dotados de autonomia e desempenharam um papel ativo.

Por fim, acredita-se que a realização deste estudo pode contribuir para ampliar a discussão acerca da melhoria das políticas de saúde direcionadas à população idosa; focar a educação em saúde como uma estratégia válida para melhorar qualidade de vida dos idosos; reforçar a importância do desenvolvimento de competências na formação e prática profissional com vistas à PS; ampliar a discussão e divulgação do CompHP, com seu enfoque na prática da APS e facilitar, aos profissionais da ESF, a condução, com maior propriedade, de ações de educação em saúde junto a esse público.

REFERÊNCIAS

- ACIOLI, S. Uma prática educativa como a expressão do cuidado em Saúde Pública. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 61, n. 1, p. 117-121, fevereiro de 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n1/19.pdf>. Acesso em: 23 ago. 2019.
- ACIOLI, S.; DAVID, H. M. S. L.; FARIA, M. G. A. et al. Educação em saúde e a enfermagem em saúde coletiva: reflexões sobre a prática. **Revista de Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 533-536, 2012. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/5695/4152>. Acesso em: 12 ago. 2019.
- ALVES, G. G.; AERTS, D. As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 319-325, jan. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n1/v16n1a34.pdf>. Acesso em: 23 jun. 2019.
- ALVES, L. H. S.; BOEHS, A. E.; HEIDEMANN, I. T. S. B. A percepção dos profissionais e usuários da estratégia de saúde da família sobre os grupos de promoção da saúde. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 21, n. 2, p. 401-408, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n2/a19v21n2.pdf>. Acesso em: 19 mar. 2019.
- ANASTASIOU, L. G. **Metodologia do ensino superior**: da prática docente a uma possível teoria pedagógica: IBPEX; 1998.
- ANDRÉ, M. E. D. A. **Quotidiano escolar e práticas sócio-pedagógicas**. Brasília: Em Aberto, 1992.
- ANJOS, K. F. et al. Devolutiva dos resultados de pesquisa desenvolvida com cuidadores familiares de idosos dependentes. **Extensio: Revista Eletrônica de Extensão**, Florianópolis, v. 13, n. 23, p. 99-111, set. 2016. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/extensio/article/view/1807-0221.2016v13n23p99/32680>. Acesso em: 18 maio 2019.
- ANTUNES, M. T. P.; MENDONÇA NETO, O. R.; VIEIRA, A. M. Pesquisa Intervencionista e Mestrados Profissionais: perspectivas de sua prática nos cursos da área de gestão. **Indagatio Didactica**, Aveiro, v. 8, n. 3, out. 2016. Disponível em: https://www.academia.edu/29913663/Pesquisa_Intervencionista_e_Mestrados_Profissionais_perspectivas_de_sua_pr%C3%A1tica_nos_cursos_da_%C3%A1rea_de_gest%C3%A3o. Acesso em: 12 jun. 2019.
- ARAÚJO, L. F. S. et al. Diário de pesquisa e suas potencialidades em pesquisa qualitativa. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**, Vitória, v. 15, n. 3, p. 53-61, jul./set. 2013. Disponível em: <http://periodicos.ufes.br/RBPS/article/viewFile/6326/4660>. Acesso em: 29 jul. 2019.

ARAÚJO, M. B. S.; ROCHA, P. M. Saúde da família: mudando práticas? Estudo de caso no município de Natal (RN). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, supl. 1, p. 1.439-1.452, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v14s1/a17v14s1.pdf>. Acesso em: 25 maio 2019.

ARAÚJO, V. S.; DIAS, M. D.; BUSTORFF, L. A. C. V. A instrumentalização da educação em saúde na atenção básica. **Revista de Enfermagem Referência**, Coimbra, v. 3, n. 5, p. 7-17, dez. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIIIIn5/serIIIIn5a01.pdf>. Acesso em: 26 jan. 2018.

ASSIS, M. **Promoção da saúde e envelhecimento**: orientações para o desenvolvimento de ações educativas com idosos. Rio de Janeiro: CRDE UnATI UERJ, 2002.

ASSUNÇÃO, A. P. F. et al. Práticas e tecnologias educacionais no cotidiano de enfermeiras da Estratégia Saúde da Família. **Revista de Enfermagem UFPE online**, Recife, v. 7, n. 11, p. 6329-6335, nov. 2013. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/12276/14927>. Acesso em: 29 jun. 2019.

AURORA. Secretaria Municipal de Saúde. Coordenação da atenção básica. **Descrição das equipes da Estratégia de Saúde da Família e do Núcleo de apoio à Saúde da Família**. Aurora: SMS, 2018.

AUSTRALIAN HEALTH PROMOTION ASSOCIATION. **Core Competencies for Health Promotion Practitioners**. Queensland: AHPA; 2009. Disponível em: https://www.healthpromotion.org.au/images/docs/core_competencies_for_hp_practitioners.pdf. Acesso em: 25 jul. 2019.

AUSUBEL, D. P. **The psychology of meaningful verbal learning**. New York: Gruneand Stratton; 1963.

BARRY, M. M. et al. The Galway Consensus Conference: international collaboration of the development of core competencies for health promotion and health education. **Global Health Promotion**, London, v. 16, n. 2, p. 5-11, jun. 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/1757975909104097>. Acesso em: 29 jun. 2019.

BASTOS, L. F. et al. National Policy For Health Promotion: a vision about operational axes. **International Archives of Medicine**, Bethesda v. 9, n. 4, p. 1-9, 2016. Disponível em: <https://imed.pub/ojs/index.php/iam/article/view/1445/1118>. Acesso em: 29 jun. 2019.

BERNARDO, M. H. J. et al. A saúde no diálogo com a vida cotidiana: a experiência do trabalho educativo com idosos no grupo Roda da Saúde. **Revista APS**, Juiz de Fora, v. 12, n. 4, p. 504-509, out./dez., 2009. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/14515>. Acesso em: 29 jul. 2019.

BIZ, M. C. P. **Capacitação de Médicos e Enfermeiros para o Cuidado à Saúde de Idosos na Rede Básica de Saúde de Santos**: uma proposta de planejamento operacional baseada em uma matriz de competência, 2005. 112f. Dissertação (Mestrado Profissional em Ensino e Ciências da Saúde) - Universidade Federal de São Paulo - Escola Paulista de Medicina, São Paulo (SP). Disponível em: http://www2.unifesp.br/centros/cedess/producao/teses/tese_p_23.pdf. Acesso em: 26 jan. 2019.

BORGES, M. C. et al. Aprendizado baseado em problemas. **Medicina (Ribeirão Preto)**, Ribeirão Preto, v. 47, n. 3, p. 301-307, 2014. Disponível em: http://revista.fmrp.usp.br/2014/vol47n3/8_Aprendizado-baseado-em-problemas.pdf. Acesso em: 21 ago. 2019.

BORGES, T. S.; ALENCAR, G. Metodologias ativas na promoção da formação crítica do estudante: o uso das metodologias ativas como recurso didático na formação crítica do estudante do ensino superior. **Cairu em Revista**, Campinas, v. 3, n. 4, p. 119-143, 2014. Disponível em: <https://www.ea2.unicamp.br/mdocs-posts/metodologias-ativas-na-promocao-da-formacao-critica-do-estudante-o-uso-das-metodologias-ativas-como-recurso-didatico-na-formacao-critica-do-estudante-do-ensino-superior/>. Acesso em: 15 set. 2018.

BOTELHO, L. L. R.; CUNHA, C. C. A.; MACEDO, M. O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais. **Gestão & Sociedade**, Belo Horizonte, v. 5, n. 11, p. 121-136, mai./ago. 2011. Disponível em: <https://www.gestaoesociedade.org/gestaoesociedade/article/view/1220>. Acesso em: 22 mar. 2019.

BRASIL. Câmara dos Deputados. Centro de Estudos e Debates Estratégicos, Consultoria Legislativa. **Brasil 2050**: desafios de uma nação que envelhece. Brasília: Câmara dos Deputados, 2017a. Disponível em: [www2.camara.leg.br > a-camara > estruturaadm > altosestudos > pdf > view](http://www2.camara.leg.br/a-camara/estruturaadm/altosestudos/pdf/view). Acesso em: 22 fev. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Plano de cuidado para idosos na saúde suplementar**. Rio de Janeiro: ANS, 2012a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_cuidado_idosos.pdf. Acesso em: 13 jul. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde, 2012c. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html. Acesso em: 31 ago. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Instituto de Informação e Comunicação Científica e Tecnológica em Saúde. **Sistema de Indicadores para Acompanhamento de Políticas de Saúde do Idoso**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000. Disponível em: <https://sisapidoso.icict.fiocruz.br/>. Acesso em: 26 jan. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Instituto de Informação e Comunicação Científica e Tecnológica em Saúde. **Sistema de Indicadores para Acompanhamento de Políticas de Saúde do Idoso**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015a. Disponível em: <https://sisapidoso.icict.fiocruz.br/>. Acesso em: 26 jan. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>. Acesso em: 23 de jun. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM n. 2.528, de 19 de outubro de 2006**. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html. Acesso em: 12 fev. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.996, de 20 de agosto de 2007**. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1996_20_08_2007.html. Acesso em: 25 jan. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488 de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html. Acesso em: 25 fev. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 399/GM, de 22 fevereiro de 2006**. Divulga o Pacto pela Saúde 2006: Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html. Acesso em: 15 mar. 2019.

BRASIL. Ministério da Educação e Cultura. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. **Resolução CNE/CES nº 3, de 7 de novembro de 2001**. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. Brasília: Ministério da Educação e Cultura, 2001. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES03.pdf>. Acesso em: 27 out. 2019.

BRASIL. Ministério da Educação e Cultura. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. **Resolução CNE/CES nº 3, de 19 de fev. 2002**. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia. Brasília: Ministério da Educação e Cultura, 2002. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES032002.pdf>. Acesso em: 27 out. 2019.

BRASIL. Ministério da Educação e Cultura. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. **Resolução CNE/CES nº 3, de 20 de junho de 2014**. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. Brasília: Ministério da Educação e Cultura, 2014. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15874-rces003-14&category_slug=junho-2014-pdf&Itemid=30192. Acesso em: 27 out. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf. Acesso em: 28 ago. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2008a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_documento_gestores_trabalhadores_sus.pdf. Acesso em: 12 ago. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual instrutivo para as equipes de atenção básica e NASF. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): Terceiro Ciclo (2015-2017)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017b. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/Manual_Instrutivo_3_Ciclo_PMAQ.pdf. Acesso em: 15 jan. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Clínica ampliada equipe de referência e projeto terapêutico singular**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_2ed.pdf. Acesso em: 12 mar. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. **Câmara de regulação do trabalho em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006c. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cart_camara_regulacao.pdf. Acesso em: 21 mar. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde: PNPS: revisão da Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnps_revisao_portaria_687.pdf. Acesso em: 15 fev. 2019.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo 2010. Dados preliminares. Município de Aurora-CE.** Rio de Janeiro: IBGE, 2010. Disponível em: <http://censo2010.ibge.gov.br>. Acesso em: 26 jan. 2018.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Decreto Presidencial no 8.114, de 30 de setembro de 2013.** Estabelece o Compromisso Nacional para o Envelhecimento Ativo e institui Comissão Interministerial para monitorar e avaliar ações em seu âmbito e promover a articulação de órgãos e entidades públicos envolvidos em sua implementação. Brasília: Presidência da República, 2013. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Decreto/D8114.htm. Acesso em: 15 mar. 2019.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei n. 10.741 de 1º de outubro de 2003.** Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Brasília: Presidência da República, 2003. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.741.htm. Acesso em: 15 set. 2018.

BRITO, M. C. C. et al. Envelhecimento populacional e os desafios para a saúde pública: análise da produção científica. **Kairós Gerontologia, Revista da Faculdade de Ciências Humanas e Saúde**, São Paulo, v. 16, n. 2, p. 161-178, 2013. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/kairos/article/view/18552/13738>. Acesso em: 12 abr. 2019.

CABRAL, J. R. et al. Oficinas de educação em saúde com idosos: uma estratégia de promoção da qualidade de vida. **Revista Enfermagem Digital Cuidado e Promoção da Saúde**, Recife, v. 1, n. 2, p. 71-75, jul./dec. 2015. Disponível em: <http://www.redcps.com.br/exportar/13/v1n2a04.pdf>. Acesso em: 28 mar. 2019.

CAMARGO, B. V.; JUSTO, A. M. IRAMUTEQ: um software gratuito para análise de dados textuais. **Temas em Psicologia**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 2, p. 513-518, dez. 2013. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v21n2/v21n2a16.pdf>. Acesso em: 19 mar. 2019.

CAMELO, S. H. H.; ANGERAMI, E. L. S. Competência profissional: a construção de conceitos, estratégias desenvolvidas pelos serviços de saúde e implicações para a enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 22, n. 2, abr./jun. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n2/v22n2a34.pdf>. Acesso em: 18 jan. 2019.

CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, A. M. **Planejamento e avaliação das ações em saúde.** 2 ed. Belo Horizonte: UFMG, 2010. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3872.pdf>. Acesso em: 30 ago. 2019.

CAMPOS, G. W. S. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas. O caso da saúde. In: CECÍLIO, L. C. O. (Org.). **Inventando a mudança na saúde.** 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1997, p. 29-87.

CAMPOS, G. W.; BARROS, R. B.; CASTRO, A. M. Avaliação de política nacional de promoção da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 745-749, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v9n3/a20v09n3.pdf>. Acesso em: 29 mar. 2019.

CARDOSO, L. S. et al. Finalidade do processo comunicacional das atividades em grupo na estratégia saúde da família. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 2, p. 396-402, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n2/23.pdf>. Acesso em: 27 de jul. 2019.

CARVALHO FILHO, E. T. Fisiologia do envelhecimento. In: PAPALEO NETTO, Matheus. **Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada**. São Paulo: Atheneu, 2005.

CASTRO, A. P. R. et al. Promoção da saúde da pessoa idosa: ações realizadas na atenção primária à saúde. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 155-163, abr. 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-22562018021.170133>. Acesso em: 12 jan. 2019.

CAVALCANTE, J. H. V. **Círculos de Cultura e o Adolescente**: contribuições para atitudes saudáveis frente às drogas. 162f. Dissertação (Mestrado Profissional Saúde da Família) – Universidade Estadual Vale do Acaraú, Sobral (CE), 2014. Disponível em: https://renasf.fiocruz.br/sites/renasf.fiocruz.br/files/disseracoes/Disserta%C3%A7%C3%A3o_Jo%C3%A3o%20Henrique%20Vasconcelos%20Cavalcante.pdf. Acesso em: 19 mar. 2019.

CHAIMOWIC, Z. F. et al. **Saúde do idoso**. Belo Horizonte: UFMG, 2013.

CHIESA, A. M. et al. A formação de profissionais da saúde: aprendizagem significativa à luz da promoção da saúde. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 12, n. 2, p. 236-240, 2007. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/9829/6740>. Acesso em: 28 abr. 2019.

COSTA, M. F. B. N. A.; CIOSAK, S. I. Atenção integral na saúde do idoso no Programa Saúde da Família: visão dos profissionais de saúde. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 44, n. 2, p. 437-444, jun. 2010. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342010000200028>. Acesso em: 29 ago. 2019.

COSTA, S. M. et al. Perfil do profissional de nível superior nas equipes da Estratégia Saúde da Família em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 27, p. 90-96, abr. 2013. Disponível em: <https://www.rbmfcc.org.br/rbmfc/article/view/530/552>. Acesso em: 09 jun. 2019.

COUTINHO, A. T. et al. Integralidade do cuidado com o idoso na estratégia de saúde da família: visão da equipe. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 628-637, out./dez. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v17n4/1414-8145-ean-17-04-0628.pdf>. Acesso em: 29 jun. 2019.

DEMPSEY, C.; BATTEL-KIRK, B.; BARRY, M. M. **The CompHP core competencies framework for health promotion handbook**. Galway: National University of Ireland, 2011.

DOMINGUES, P. S.; DAHER, D. V.; PINTO, A. A. Educação em saúde como possibilidade para a promoção da saúde do homem. **Revista de Enfermagem UFPE**, Recife, v. 6, n. 12, p. 3034-40, dec. 2012. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/7716/7797>. Acesso em: 04 fev. 2019.

FALKENBERG, M. B. et al. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 847-852, mar. 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014193.01572013>. Acesso em 23 jun. 2019.

FARIA, L. et al. Atenção preventiva e educativa em saúde do idoso: uma proposta de integração de saberes e práticas. **Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento**, Porto Alegre, v. 21, n. 1, p. 35-54, abr. 2016. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/RevEnvelhecer/article/view/52790/49356>. Acesso em: 28 jan. 2019.

FERNANDES, M. C. P.; BACKES, V. M. S. Educação em saúde: perspectivas de uma equipe da Estratégia Saúde da Família sob a óptica de Paulo Freire. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 63, n. 4, p. 567-573, ago. 2010. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672010000400011>. Acesso em: 08 jun. 2019.

FERREIRA, B. R. et al. Acolhimento ao Idoso na Atenção Básica: Visão do Usuário. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental**. Rio de Janeiro, p. 669-674, jul./set. 2018. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/viewFile/6148/pdf_1. Acesso em: 26 abr. 2019.

FERREIRA, O. G. L. et al. Envelhecimento ativo e sua relação com a independência funcional. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 21, n. 3, p. 513-518, jul./set. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n3/v21n3a04.pdf>. Acesso em: 02 ago. 2018.

FERREIRA, V. F. et al. Educação em Saúde e cidadania: revisão integrativa. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 363-378, maio/ago. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tes/v12n2/a09v12n2.pdf>. Acesso em: 09 mar. 2015.

FIGUEIREDO, M. F. S.; RODRIGUES NETO, J. F.; LEITE, M. T. S. Educação em saúde no contexto da Saúde da Família na perspectiva do usuário. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 16, n. 41, p. 315-29, abr./jun. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v16n41/a03v16n41.pdf>. Acesso em: 06 set. 2018.

FIGUEIREDO, M. F. S.; RODRIGUES-NETO, J. F.; LEITE, M. T. S. Modelos aplicados às atividades de educação em saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.63, n.1, p.117-21, jan./fev. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n1/v63n1a19.pdf>. Acesso em: 16 abr. 2019.

FIRMINO, R. et al. Educação Popular e Promoção da Saúde do Idoso: reflexões a partir de uma experiência de extensão universitária com grupos de idosos em João Pessoa-PB. **Revista de APS**, Juiz de Fora, v. 13, n. 4, p. 523-530, out./dez. 2010. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/14454>. Acesso em: 06 ago. 2019.

FREIRE, P. **Educação como prática da liberdade**. 34. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2011.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários a prática educativa**. 27. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 15. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2000.

FREIRE, P. **Pedagogia da esperança: um reencontro com a pedagogia do oprimido**. 13. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2006.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 42. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 17. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

FREITAG, V. L. et al. A universidade e seu papel social: educação em saúde com trabalhadores de uma empresa de transporte urbano. **Interfaces - Revista de Extensão da UFMG**, Belo Horizonte, v. 4, n. 2, p.66-79, jul./dez. 2016. Disponível em: <https://www.ufmg.br/proex/revistainterfaces/index.php/IREXT/article/view/190>. Acesso em: 30 jul. 2019.

GALLETI, T. A. I. **A proteção social ao idoso dependente na Seguridade Social Brasileira**. 2014. 133f. Dissertação (Mestrado em Direito) - Universidade Presbiteriana Mackenzie, São Paulo (SP), 2014. Disponível em: <http://tede.mackenzie.br/jspui/handle/tede/1134>. Acesso em: 12 jan. 2019.

GAUTÉRIO, D. P. et al. Ações educativas do enfermeiro para a pessoa idosa: estratégia saúde da família. **Revista de Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, 2013, v. 21, n. esp. 2, p. 824-828, dez., 2013. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v21esp2/v21e2a21.pdf>. Acesso em: 06 fev. 2019.

GIL, A. C. **Metodologia do ensino superior**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1997.

GOLDMAN, S. N.; FALEIROS, V. P. Percepções sobre a velhice. In: CURSO de envelhecimento e saúde da pessoa idosa. 2. ed. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2014. Disponível em: http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_415343788.pdf. Acesso em: 28 mar. 2019.

GRANJA, G. F.; ZOBOLI, E. L. C. P. Humanização da atenção primária à saúde: gestão em redes e governança local. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 36, n. 3, p. 494-501, 2012. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/artigos/mundo_saude/humanizacao_atencao_primaria_saude_gestao.pdf. Acesso em: 12 fev. 2019.

i

GUERRIERO, I. C. Z. **Aspectos éticos das pesquisas qualitativas em saúde**. 2006. 318f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Universidade de São Paulo, São Paulo (SP), 2006. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6135/tde-20102006-184819/publico/GUERRIERO.pdf>. Acesso em: 18 mar. 2019.

HAGUETE, T. M. F. **Metodologias Qualitativas na Sociologia**. Petrópolis: Vozes, 1987.

HAYDT, R. C. **Avaliação do processo ensino-aprendizagem**. São Paulo: Ática, 1997.

HEIDEMANN, I. T. B. S. et al. Incorporação teórico-conceitual e metodológica do educador Paulo Freire na pesquisa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 63, n. 3, p. 416-420, jun. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n3/a11v63n3.pdf>. Acesso em: 08 jun. 2019.

HEIDEMANN, I. T. S. B.; ALMEIDA, M. C. P. Friere's dialogic concept enables family health program teams to incorporate health promotion. **Public Health Nursing**, Utica, v. 28, n. 2, p. 159-167, mar./apr. 2011.

HENSE, D. S. S.; ECKERT, E. R.; PENNA, C. M. M. A devolução dos resultados de pesquisa: uma questão de cidadania. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 31, n. 1, p. 92-101, 1994.

HERMIDA, P. M. V. et al. Educação em saúde nas práticas do subsistema profissional de saúde. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 30, n. 2, p. 1-12, abr./jun. 2016. Disponível em: <https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/15726>. Acesso em: 23 set. 2018.

INAGAKI, R. K. et al. **A vivência de uma idosa cuidadora de um idoso doente crônico**. 2014.

JÖNSSON, S.; LUKKA, K. There and Back again: Doing interventionist search in Management Accounting. In: CHAPMAN, C. S.; HOPWOOD, A. G.; SHIELDS, M. D. **Handbook of Management Accounting Research**: v. 1. Oxford: Elsevier, 2007. p. 373-397.

KENRICK, D. T.; NEUBERG, S. L.; CIALDINI, R. B. **Social Psychology: unravelling the mystery**. Needham Heights: Allyn & Bacon, 1999.

LANZONI, G. M. M. et al. Ações/interações motivadoras para liderança do enfermeiro no contexto da atenção básica à saúde. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 24, n. 4, p. 1121-1129, out./dez. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/2015nahead/pt_0104-0707-tce-201500003740013.pdf. Acesso em: 24 set. 2018.

LEITINHO, M. C.; CARNEIRO, C. C. B. S. Aprendizagem baseada em problemas: Uma abordagem pedagógica e curricular. In: Veiga, I. P. A. (Org.). **Novas tramas para as técnicas de ensino e estudo**. Campinas: Papirus, 2009.

LÉVINAS, E. **De l'existence à l'existant**. Paris: Vrin, 1947.

LIMA, E. F. A. et al. Perfil Socioprofissional de trabalhadores de equipes saúde da família. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, e9405, 2016. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v24n1/v24n1a19.pdf>. Acesso em: 15 set. 2018.

LIMA, J. V. C. et al. A educação permanente em saúde como estratégia pedagógica de transformação das práticas: possibilidades e limites. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 207-227, jul./out. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tes/v8n2/a03v8n2.pdf>. Acesso em: 11 ago. 2019.

LOPES, T. O. **Aula expositiva dialogada e aula simulada**: comparação entre estratégias de ensino na graduação em enfermagem, 2012. 126f. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Universidade de São Paulo, São Paulo (SP), 2012. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7140/tde-16052012-104658/pt-br.php>. Acesso em: 21 ago. 2019.

LUCKESI, C. C. **Avaliação da aprendizagem escolar**: estudos e proposições. 17. ed. São Paulo: Cortez, 2005.

MACIEL, M. E. D. Educação em saúde: conceitos e propósitos. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 14, n. 4, p. 773-776, out./dez. 2009. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/16399/10878>. Acesso em: 29 jun. 2019.

MAGALHÃES FILHA, E. G. **Reconstrução de saberes e práticas educativas na estratégia saúde da família**. 2016. 261f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família) - Universidade Regional do Cariri, Crato (CE), 2016. Disponível em: https://renasf.fiocruz.br/sites/renasf.fiocruz.br/files/dissertacoes/2016_URCA_Elizabeth%20Gon%C3%A7alves%20Magalh%C3%A3es%20Filha.pdf. Acesso em: 28 maio 2019.

MAIA, L. D. G. et al. Utilização do sistema de informação da atenção básica (SIAB) para o planejamento das ações pelas equipes da estratégia de saúde da família do município de Montes Claros (MG). **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 34, n. 2, p. 359, ago. 2011. Disponível em: <http://rbasp.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/view/41>>. Acesso em: 09 jun. 2019.

MALLMANN, D. G. et al. Educação em saúde como principal alternativa para promover a saúde do idoso. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1763-1772, maio. 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n6/1413-8123-csc-20-06-1763.pdf>>. Acesso em: 25 jan. 18.

MALTA, D. C. et al. Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS): capítulos de uma caminhada ainda em construção. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, p. 1683-1694, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n6/1413-8123-csc-21-06-1683.pdf>. Acesso em: 20 de mar. 18.

MARTINS, J. J. et al. Políticas públicas de atenção à saúde do idoso: reflexão acerca da capacitação de profissionais da saúde para o cuidado com o idoso. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, 2007. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/4038/403838775009.pdf>. Acesso em: 27 jan. 2019.

MASCARENHAS, N. B.; MELO, C. M. M.; FAGUNDES, N. C. Produção do conhecimento sobre promoção da saúde e prática da enfermeira na Atenção Primária. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 65, n. 6, p. 991-999, nov./dez. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n6/a16v65n6.pdf>. Acesso em: 30 ago. 2018.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, ago. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n5/v15n5a05.pdf>. Acesso em: 18 set. 2018.

MENDONÇA, E. T. et al. A experiência de oficinas educativas com idosos:(Re) pensando práticas à luz do pensamento Freireano. **Revista de APS**, Juiz de Fora, v. 16, n. 4, p. 479-484, 2013. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/15199>. Acesso em: 19 jun. 2019.

MENDONÇA, F. T. N. F. et al. Health education with older adults: action research with primary care professionals. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 70, n. 4, p. 792-799, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reben/v70n4/pt_0034-7167-reben-70-04-0792.pdf. Acesso em: 19 set. 2018.

MINAYO, M. C. S. (Org.) **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 13. ed. São Paulo: Hucitec, 2013.

MINAYO, M. C. S. (Org.) **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 29 ed. Petrópolis: Vozes, 2010.

MÔNICO, L. et al. A Observação Participante enquanto metodologia de investigação qualitativa. **CIAIQ 2017**, v. 3, jul. 2017. Disponível em: <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2017/article/view/1447/1404>. Acesso em: 11 mar. 2019.

MONTEIRO, E. M. L. M. **(Re)construção de ações de educação em saúde a partir de círculos de cultura**: experiência participativa com enfermeiras do PSF do Recife - PE. 2007. 179f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade Federal do Ceará, Fortaleza (CE), 2007. Disponível em: http://www.teses.ufc.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=619. Acesso em: 30 mar. 2018.

MONTEIRO, E. M. L. M.; VIEIRA, N. F. C. Educação em saúde a partir de círculos de cultura. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 63, n. 3, p. 397-403, jun. 2010. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672010000300008>>. Acesso em: 09 jun. 2019.

MORAES, E. N. Processo de Envelhecimento e bases da avaliação multifuncional do idoso. In: CURSO de envelhecimento e saúde da pessoa idosa. 2. ed. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2014. Disponível em: http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_215591311.pdf. Acesso em: 17 maio 2019.

MOREIRA, A. A. Aprendizagem significativa crítica. In: ENCONTRO INTERNACIONAL SOBRE APRENDIZAGEM SIGNIFICATIVA, 3., 2000. **Anais...** Lisboa: [s. n.], 2000. p. 3345.

MORIN, E. **O método 6**: ética. 2. ed. Porto Alegre: Sulina, 2005.

MOTTA, L. B. **Treinamento Interdisciplinar em Saúde do Idoso**: um modelo de programa adaptado às especificidades do envelhecimento. Rio de Janeiro: UnATI, 2003.

MOTTA, L. B.; AGUIAR, A. C. Novas competências profissionais em saúde e o envelhecimento populacional brasileiro: integralidade, interdisciplinaridade e intersetorialidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 363-372, mar./abr. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n2/a12v12n2.pdf>. Acesso em: 19 jun. 2019.

MOTTA, L. B.; AGUIAR, A. C.; CALDAS, C. P. Estratégia Saúde da Família e a atenção ao idoso: experiências em três municípios brasileiros. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, p. 779-786, abr. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n4/17.pdf>. Acesso em: 14 jul. 2019.

MOTTA, L. B.; CALDAS, C. P.; ASSIS, M. A formação de profissionais para a atenção integral à saúde do idoso: a experiência interdisciplinar do NAI - UNATI/UERJ. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 1143-1151, jul./ago. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v13n4/10.pdf>. Acesso em: 27 jan. 2018.

MOUTINHO, C. B. et al. Dificuldades, desafios e superações sobre educação em saúde na visão de enfermeiros de saúde da família. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 253-272, maio/ago. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tes/v12n2/a03v12n2.pdf>. Acesso em: 28 de jul. 2019.

NASCIMENTO, D. D. G.; OLIVEIRA, M. A. C. Competências profissionais e o processo de formação na residência multiprofissional em Saúde da Família. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 19, n. 4, dez. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v19n4/09.pdf>. Acesso em: 29 jan. 2019.

NORA, C. R. D.; JUNGES, J. R. Política de humanização na atenção básica: revisão sistemática. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 47, n. 6, p. 1186-1200, dec. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v47n6/0034-8910-rsp-47-06-01186.pdf>. Acesso em: 11 mar. 2019.

OLIVEIRA, M. A. C. **Da intenção ao gesto: a dialética da formação de enfermagem em saúde coletiva**. Tese (Livre-docência) - Universidade de São Paulo, São Paulo (SP), 2004.

OLIVEIRA, S. R. G.; WENDHAUSEN, Á. L. P. (Re)significando a educação em saúde: dificuldades e possibilidades da Estratégia Saúde da Família. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 129-147, abr. 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1981-77462014000100008>. Acesso em: 23 jun. 2019.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Plano de ação internacional sobre o envelhecimento, 2002**. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2003.

OYADOMARI, J. C. T. et al. Pesquisa intervencionista: um ensaio sobre as oportunidades para pesquisa brasileira em contabilidade gerencial. **Advances in Scientific and Applied Accounting**, São Paulo, v. 7, n. 2, p. 244-265, 2014. Disponível em: <http://asaa.anpcont.org.br/index.php/asaa/article/view/134/111>. Acesso em: 28 mar. 2019.

PASKULIN, L. M. G.; VIANNA, L. A. C. Perfil sociodemográfico e condições de saúde autorreferidas de idosos de Porto Alegre. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 5, p. 757-768, out. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v41n5/5764.pdf>. Acesso em: 14 jul. 2019.

PATROCÍNIO, W. P.; PEREIRA, B. P. C. Efeitos da educação em saúde sobre atitudes de idosos e sua contribuição para a educação gerontológica. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 375-394, maio/ago. 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1981-77462013000200007>. Acesso em: 27 jul. 2019.

PAULA, C. M. M. et al. Avaliação no processo ensino-aprendizagem. **Revista Paidéi@**, Santos, v. 2, n. 5, 2011.

PAZ, A. A. M. et al. **Orientação para elaboração do projeto de intervenção local (PIL)**. Brasília: Universidade de Brasília, 2013. Disponível em: http://forumeja.org.br/sites/forumeja.org.br/files/001%20orientacao_para_elaboracao_do_projeto_de_intervencao_local.pdf. Acesso em: 26 jan. 2018.

PINHEIRO, D. G. M. et al. Competências em promoção da saúde: desafios da formação. **Saúde & Sociedade**, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 180-188, mar. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v24n1/0104-1290-sausoc-24-1-0180.pdf>. Acesso em: 29 abr. 2019.

QUEIROZ, E. P. S. et al. Grupo de idosos e estratégia saúde da família: práticas. **Revista Tem@**, Campina Grande, v. 15, n. 22/23, jan./dez. 2014. Disponível em: <http://revistatema.facisa.edu.br/index.php/revistatema/article/view/250/pdf>. Acesso em: 28 set. 2018.

R CORE TEAM. **R: A language and environment for statistical computing**. Vienna: R Foundation for Statistical Computing, 2011. Disponível em: <http://www.Rproject.org/>. Acesso em: 02 out. 2018.

RAIMUNDO, J. S.; CADETE, M. M. M. Escuta qualificada e gestão social entre os profissionais de saúde. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 25, n. esp. 2, p. 61-67, 2012. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002012000900010>. Acesso em: 30 ago. 2019.

RAMOS, L. R. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, p.793-798, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v19n3/15882.pdf>. Acesso em: 28 jan. 2019.

RAMOS, M. N. Qualificação, competências e certificação: visão educacional. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde. **Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem - PROFAE. Humanizar cuidados de saúde: uma questão de competência**. Brasília: Ministério da Saúde; 2001. p. 17-26

REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA. **Linhas de Pesquisa**. Eusábio: RENASF, 2018. Disponível em: <https://renasf.fiocruz.br/linhas-de-pesquisa>. Acesso em: 02 ago. 2018.

RODRIGUES, D.; SANTOS, V. E. A Educação em Saúde na Estratégia Saúde da Família: uma revisão bibliográfica das publicações científicas no Brasil. **Journal of Health Science Institute**, São Paulo, v. 28, n. 4, 2010. Disponível em: https://www.unip.br/presencial/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2010/04_out-dez/V28_n4_2010_p321-324.pdf. Acesso em: 25 ago. 2019.

ROECKER, S.; BUDÓ, M. L. D.; MARCON, S. S. Trabalho educativo do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família: dificuldades e perspectivas de mudanças. **Rev. Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n3/16.pdf>. Acesso em: 06 jun. 2019.

ROSENAU, L. S.; COSTA, R. R.; TREVISAN, T. S. Pesquisa ação e participante: suas contribuições para o conhecimento científico. In: SEMINÁRIO DE PESQUISA EM EDUCAÇÃO DA REGIÃO SUL - ANPED SUL, 5., 2004. **Anais...** Curitiba: PUCPR, 2004. v. 1, p. 1-14. Disponível em: <https://docplayer.com.br/15137188-Pesquisa-acao-e-participante-suas-contribuicoes-para-o-conhecimento-cientifico.html>. Acesso em: 21 abr. 2019.

SÁ, P. H. V. O.; CURY, G. C.; RIBEIRO, L. C. C. Atividade física de idosos e a promoção da saúde nas unidades básicas. **Trabalho, Educação & Saúde**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 545-558, ago. 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sip00117>. Acesso em: 25 jun. 2019.

SABINO, F. T. **O Encontro marcado**. 34. ed. Rio de Janeiro, Record, 1981.

SALUM, N. C.; PRADO, M. L. A educação permanente no desenvolvimento de competências dos profissionais de enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 23, n. 2, p. 301-308, jun. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n2/pt_0104-0707-tce-23-02-00301.pdf. Acesso em: 22 mar. 2019.

SAMPAIO, J. et al. Limites e potencialidades das rodas de conversa no cuidado em saúde: uma experiência com jovens no sertão pernambucano. **Interface: Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu, v. 18, n. 2 Supl., p. 1299-1312. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v18s2/1807-5762icse-18-s2-1299.pdf>. Acesso em: 11 de ago. 2019.

SANTANA, F. R. et al. Ações de saúde na estratégia saúde da família no município goiano na perspectiva da integralidade. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 15, n. 2, p. 422-429, abr./jun. 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i2.16936>. 2013. Acesso em: 12 ago. 2019.

SANTILI, P. G. J. et al. Educação em saúde: desafios na sua implementação. In: CONGRESSO IBERO-AMERICANO EM INVESTIGAÇÃO QUALITATIVA, 5., 1º INTERNATIONAL SYMPOSIUM ON QUALITATIVE RESEARCH, 1., 2016. **Anais...** Porto: Ludomedia; 2016. Disponível em: <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2016/article/download/867/851/0>. Acesso em: 30 ago. 2019.

SANTOS, A. C. F. et al. Saúde do idoso: humanização e acolhimento na atenção básica. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, Brasília, v. 5, n. 5, p. 2928-2937, 2014. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/bf54/7325178dd71c6412e5dd6e27a4ff683e854c.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2019.

SANTOS, S. L. F. et al. Relato de experiência sobre educação em saúde em idosos: percepção dos discentes. **Revista de APS**, Juiz de Fora, v. 20, n. 3, 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/16054>. Acesso em: 24 mar. 2019.

SILVA, A. **Envelhecimento populacional: uma discussão sobre suas implicações para as políticas sociais e para as famílias**. 2013. 69f. Trabalho de Conclusão de Curso (Serviço Social) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis (SC), 2013. Disponível em: <http://nisfaps.paginas.ufsc.br/files/2014/09/TCC-Adriana-Silva-envelhecimento-populacional.pdf>. Acesso em: 12 set. 2018.

SILVA, C. M. C. et al. Educação em saúde: uma reflexão histórica de suas práticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2539-2550, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n5/v15n5a28.pdf>. Acesso em: 12 mar. 2019.

SILVA, E. F. Relação pedagógica no grupo tutorial: desafios e possibilidades das metodologias participativas (ativas). **Revista Diálogo Educacional**, Curitiba, v. 16, n. 50, p. 1077-1092, out./dez. 2016. Disponível em: <https://periodicos.pucpr.br/index.php/dialogoeducacional/article/view/2926/2848>. Acesso em: 03 mar. 2019.

SILVA, G. **A importância do acolhimento ao idoso na Saúde Pública**. 2014. 22f. Artigo de Reflexão (Especialização Gestão em Organização Pública em Saúde). Universidade Federal de Santa Maria. Picada Café (RS), 2014. Disponível em: https://repositorio.ufsm.br/bitstream/handle/1/12821/TCCE_GOPS_EaD_2014_SILVA_GREICE.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 22 jan. 2019.

SILVA, K. L.; MATOS, J. A. V.; FRANÇA, B. D. A construção da educação permanente no processo de trabalho em saúde no estado de Minas Gerais, Brasil. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, e20170060, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ean/v21n4/pt_1414-8145-ean-2177-9465-EAN-2017-0060.pdf. Acesso em: 12 jan. 2019.

SILVA, P. A. B. et al. Perfil sociodemográfico e clínico de idosos acompanhados por equipes de Saúde da Família sob a perspectiva do gênero. **Revista Online de Pesquisa Cuidado é Fundamental**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 97-105, jan./mar. 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2018.v10i1.97-105>. Acesso em: 02 ago. 2018.

SOLLA, J. J. S. P. Acolhimento no sistema municipal de saúde. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 5, n. 4, p. 493-503, out./dez., 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v5n4/27768.pdf>. Acesso em: 06 fev. 2019.

SOUZA, M. A. R. et al. O uso do software IRAMUTEQ na análise de dados em pesquisas qualitativas. **Revista da Escola de Enfermagem**, São Paulo, v. 52, e03353, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342018000100444&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 05 nov. 2019.

SVERZUT, C. et al. Devolutiva dos resultados de pesquisa com grupos operativos em equipe de saúde da família. **Enciclopédia Biosfera**, Goiânia, v. 10, n. 19, p. 2012-225, 2014. Disponível em:

https://www.researchgate.net/publication/275153224_DEVOLUTIVA_DOS_RESULTADOS_DE_PESQUISA_COM_GRUPOS_OPERATIVOS_EM_EQUIPE_DE_SAUDE_DA_FAMILIA. Acesso em: 14 mar. 2019.

TAVARES, M. F. L. et al. A promoção da saúde no ensino profissional: desafios na Saúde e a necessidade de alcançar outros setores. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, p. 1799-1808, 2016. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n6/1413-8123-csc-21-06-1799.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2019.

THIOLLENT, M. **Metodologia da pesquisa-ação**. 18. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

TURA, M. L. R. Observação do cotidiano escolar. In: ZAGO, N.; CARVALHO, M. P.; VILELA, R. A. T. (Org.). **Itinerários de Pesquisa: perspectivas qualitativas em sociologia da educação**. 2. ed. Rio de Janeiro: Lamparina, 2011.

TURATO, E. R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas**. Petrópolis: Vozes, 2010.

TUSSET, D. et al. Análise das competências em promoção da saúde a partir do marco legal e dos discursos dos profissionais que implementam o Programa Saúde na Escola no Distrito Federal. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, Brasília, v. 9, n. 1, p. 189-204, mar. 2015. Disponível em:

<http://www.tempus.unb.br/index.php/tempus/article/view/1701>. Acesso em: 18 set. 2018.

VASCONCELOS, E. M. Educação popular: de uma prática alternativa a uma estratégia de gestão participativa das políticas de saúde. **Physis Revista Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 67-83, 2004. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/physis/v14n1/v14n1a05.pdf>. Acesso em: 28 jan. 2019.

VEIGA, I. P. A. (Org.). **Técnicas de Ensino: Por que não?** Campinas: Papirus, 1991.

VICTOR, J. F. et al. Grupo Feliz Idade: cuidado da enfermagem para a promoção da saúde na terceira idade. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 41, n. 4, p. 724-730, 2007. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41n4/25.pdf>. Acesso em: 19 mar. 2019.

WESTIN, O.; ROBERTS, H. I. Interventionist research: the puberty years: an introduction to the special issue. **Qualitative Research in Accounting & Management**, v. 7, n. 1, p. 5-12, 2010. Disponível em:

<https://doi.org/10.1108/11766091011034253>. Acesso em: 02 nov. 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Active Ageing: a policy framework**. Madrid: WHO, 2002.

XAVIER, A. S.; KOIFMAN, L. Educação superior no Brasil e a formação dos profissionais de saúde com ênfase no envelhecimento. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 15, p. 973-984, out./dez. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v15n39/aop2111.pdf>. Acesso em: 25 mar. 2019.

XAVIER, S. P. L. et al. Competências em promoção a saúde à luz do projeto Competencies Health Promotion (CompHP): uma revisão integrativa. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 18, n. 1, e43421, jan./mar. 2019. Disponível em: <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/43421/751375139329>. Acesso em: 19 fev. 2019.

ZATTI, V. **Autonomia e educação em Immanuel Kant e Paulo Freire**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2007.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Modelo do Convite de Participação

***Círculo de Cultura: EDUCAÇÃO EM SAÚDE
COM IDOSOS: UM ESTUDO A LUZ DAS
COMPETÊNCIAS DE PROMOÇÃO DA
SAÚDE***





Local: Sala de Usos da Universidade Regional do Cariri - URCA

Data: 13 de março de 2019

Público Alvo: Profissionais de nível superior de Aurora (médicos/enfermeiros e dentistas). Apoio: Prefeitura Municipal de Aurora-CE e Mestrado da RENAFS/Universidade Regional do Cariri/URCA Organização: Cícera Amanda Mota Seabra, mestranda do Mestrado Profissional em Saúde da Família – RENASF/URCA	Caros profissionais de nível superior da Atenção Básica de Aurora, É com grande satisfação que a mestranda Cícera Amanda Mota Seabra da 2ª Turma do Mestrado Profissional em Saúde da Família da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família – RENASF/URCA vem à sua presença para convidá-lo para participar do Círculo de Cultura, segunda etapa do projeto intitulado: “EDUCAÇÃO EM SAÚDE COM IDOSOS: UM ESTUDO A LUZ DAS COMPETÊNCIAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE”. Data: 13 de março de 2019. Horário: 8:00 às 12:00 Local do evento: Sala na Secretaria Municipal de Educação do Município de Aurora-Ce Endereço: RUA CANDIDO RIBEIRO NETO, N.5/N - SÃO BENEDITO, AURORA/CE. Certos de poder contar com a sua inestimável participação, desde já agradeço.
--	--

APÊNDICE B – Formulário do Estudo

Número do formulário: _____

1. Dados de caracterização

Idade: _____ Sexo: () feminino () masculino

Estado Civil: () casado () solteiro () viúvo () divorciado () união consensual

Formação Profissional: _____

Graduado pela: _____

Ano de conclusão: _____

2. Dados Profissionais

Titulação máxima: _____

Tempo de atuação profissional: _____

Quanto tempo está na unidade: _____

Exerce outra atividade profissional?

Qual: _____

Local: _____

Setor: _____

3. Dados referentes às práticas de educação em saúde

Trabalha Educação em saúde com grupos? () sim () não

() 1 hipertensos e diabéticos () 2 planejamento familiar

() 3 adolescentes () 4 portadores de hipertensão arterial

() 5 idosos () 6 portadores de diabetes

() 7 gestantes () 8 saúde mental

() 9 mulheres () 9 outros _____

4. Quais temas aborda em sessões de educação em saúde com idosos?

5. Você se sente capacitado para realizar educação em saúde com idosos?

() SIM () NÃO

6. Quais temas você percebe que os idosos se interessam para os processos de educação em saúde?

APÊNDICE C – Planejamento do Círculo

Identificando como acontecem as práticas de educação em saúde realizadas com idosos pelos profissionais

PLANEJANDO O CÍRCULO DE CULTURA

Tema: “A realidade, porém, não é inexoravelmente esta. Está sendo esta como poderia ser outra e é para que seja outra que precisamos, os progressistas, lutar (FREIRE, 2005, p. 83).

Objetivo: conhecer como acontecem as práticas de educação em saúde realizadas com idosos pelos profissionais

Temas geradores:

QUESTÕES	TEMAS GERADORES	TEXTOS PARA LEITURA E FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA
1	Como acho que deveria ser	• “A experiência de oficinas educativas com idosos: (re) pensando práticas à luz do pensamento freireano”. Autor: Mendonça et al.; • “Educação popular e promoção da saúde do idoso: reflexões a partir de uma experiência de extensão universitária com grupos de idosos em João Pessoa-PB”. Autor: Firmino et al. (2010); • “Educação popular em saúde e grupos de idosos: revisão sobre princípios teórico-metodológicos das ações educativas em promoção da saúde”. Autor: Sousa e Assis; • “Grupo Feliz Idade: cuidado de enfermagem para a promoção da saúde na terceira idade”. Autor: Victor et al. (2007).
Questão Norteadora	“Minha concepção de educação em saúde com idosos é...”.	
2	Como acontecem no território	
Questão Norteadora	“Como eu vejo as práticas de educação em saúde com os idosos no meu território?”	
3	Como eu faço	
Questão Norteadora	“Minha prática com idosos se faz assim...”.	
4	Mudanças para melhorar	
Questão Norteadora	“O que preciso reforçar ou modificar na minha ação educativa com idosos?”	

Tematização: codificação a partir das palavras emergidas das questões norteadoras e decodificação buscando a consciência do vivido, significado social, compreensão da própria realidade e perspectiva de intervir criticamente sobre ela.

Problematização: discussão dos problemas surgidos na observação da realidade após a leitura dos textos sugeridos e confecção dos painéis e busca de possíveis soluções para eles.

Fonte: Elaborado pela autora (2019).

APÊNDICE D – Programação do Círculo de Cultura

CÍRCULO DE CULTURA - PROGRAMAÇÃO

Identificando como acontecem as práticas de educação em saúde realizadas com idosos pelos profissionais

Tema: “A realidade, porém, não é inexoravelmente esta. Está sendo esta como poderia ser outra e é para que seja outra que precisamos, os progressistas, lutar” (FREIRE, 2005, p. 83).

Objetivo: conhecer como acontecem as práticas de educação em saúde realizadas com idosos pelos profissionais

Materiais:

Desenvolvimento:

- Roteiro

Data: 13 de março de 2019

Local: Secretaria de Educação de Aurora - CE

Horário: 8h-12h

HORÁRIO	ATIVIDADE
8h-8h15min	ACOLHIMENTO
8h15min-9h	MOMENTO DE SENSIBILIZAÇÃO
9h-10h	INVESTIGAÇÃO TEMÁTICA • DISTRIBUIÇÃO DAS TARJETAS COLORIDAS • RESPOSTAS COM UMA PALAVRA A CADA QUESTÃO NORTEADORA TEMATIZAÇÃO • COLAGEM DAS TARJETAS DE CADA COR EM SEUS PAINÉIS, POSSIBILITANDO QUE OS PARTICIPANTES EXPRESSEM O PORQUÊ DE SUAS ESCOLHAS
10h-10h15min	Intervalo para <i>coffee break</i>
10h15min-10h45min	TEMATIZAÇÃO (continuação) • FORMAÇÃO DE QUATRO GRUPOS • REORGANIZAÇÃO DAS TARJETAS EM NÚCLEOS DE SENTIDO PELOS GRUPOS E CRIAÇÃO DE UMA UNIDADE DE SIGNIFICADO PARA CADA CATEGORIA DOS TEMAS GERADORES • LEITURA DOS TEXTOS PROPOSTOS E ELABORAÇÃO DE PAINÉIS EM GRUPOS SOBRE OS TEXTOS
10h45min-11h45min	PROBLEMATIZAÇÃO • APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS PAINÉIS CONSTRUÍDOS • ELABORAÇÃO DE PROPOSTAS PARA SOLUÇÕES
11h45min-12h	AVALIAÇÃO • SOBRE O MOMENTO • SOBRE A EXPERIÊNCIA VIVENCIADA COM O CÍRCULO DE CULTURA

APÊNDICE E - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

CÍCERA AMANDA MOTA SEABRA, RG 93662629372, aluna do Mestrado Profissional em Saúde da Família da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF)/Nucleadora Universidade Regional do Cariri (URCA), está realizando a pesquisa intitulada EDUCAÇÃO EM SAÚDE COM IDOSOS: UM ESTUDO À LUZ DAS COMPETÊNCIAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE, que tem como objetivo: ELABORAR UMA PROPOSTA DE FORMAÇÃO PARA OS PROFISSIONAIS DA ESF VOLTADA PARA PRÁTICAS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE COM IDOSOS, ORIENTADA PELOS DOMÍNIOS DO CompHP. Para isso, está desenvolvendo um estudo que consta dos seguintes momentos: no primeiro, dar-se-á a aproximação com o grupo seguida da identificação de como acontecem as práticas de educação em saúde realizadas com idosos pelos profissionais, utilizando o Círculo de Cultura de Paulo Freire; no terceiro momento, ocorrerá o encontro de devolutiva aos profissionais do material produzido até então; no último momento, será delineada uma proposta de formação baseada no domínio fragilizado identificado em conjunto com os profissionais.

Por essa razão, o (a) Sr. (a) está sendo convidado (a) a participar da pesquisa. Sua participação consistirá em responder ao formulário e participar de Círculos de Cultura (Apresentação de palavras ou temas geradores; Tematização e Problematização) para o levantamento dos saberes e práticas sobre Educação em Saúde com Idosos. As informações desses Círculos de Cultura subsidiarão a construção de uma proposta de ativação de mudanças das práticas de educação em saúde com idosos na ESF. Os procedimentos utilizados para o registro das informações serão filmagens, gravações de áudio, fotografias e observações que serão redigidas em formulários semiestruturados. Estes procedimentos poderão trazer algum desconforto, por exemplo, inibição, mensurado em risco mínimo, ou seja, mesmo apresentado em uma conversa com muitos participantes, para que esse desconforto seja minimizado, você será esclarecido em qualquer aspecto que desejar e sua fala poderá ser suprimida do estudo, caso sinta constrangimento.

Os benefícios esperados com o estudo são no sentido de reconstrução das práticas de educação em saúde com idosos, proporcionando espaços de reflexão, aprendizado e criatividade capazes de promover condições para o fortalecimento da consciência crítica e organizativa, bem como ampliação e criação de diálogos, troca de experiências e saberes, possibilitando uma leitura sobre a vida que apreenda a realidade social como determinante do processo saúde-doença. Toda as informações que o (a) Sr. (a) nos fornecer serão utilizadas somente para esta pesquisa. Seus dados pessoais e suas respostas serão confidenciais e seu nome não aparecerá nas falas, nas filmagens, nos áudios, nas fotografias nem quando os resultados forem apresentados.

A sua participação, em qualquer tipo de pesquisa, é voluntária. Caso o (a) Sr. (a) aceite participar, não receberá nenhuma compensação financeira. Também não sofrerá qualquer prejuízo se não aceitar ou se desistir após ter iniciado os Círculos de Cultura. Se tiver alguma dúvida a respeito dos objetivos da pesquisa e/ou dos métodos utilizados na mesma, pode me procurar: Cícera Amanda Mota Seabra, nos turnos noturnos, na rua José dos Santos, 290, Centro, Aurora-Ceará ou em horários comerciais pelo telefone (88) 99990-2600 ou a qualquer momento pelo e-mail amandaseabra@gmail.com. Se desejar obter informações sobre os seus direitos e os aspectos éticos envolvidos na pesquisa, poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Regional do Cariri, localizado na rua Coronel Antônio Luiz, 1161, 1º andar, Bairro Pimenta, CEP 63.105-000, telefone (88) 3102-1212, ramal 2424, Crato-CE. Se o (a) Sr. (a) estiver de acordo em participar, deverá preencher e assinar o Termo de Consentimento Pós-esclarecido que se segue e receberá uma cópia deste TCLE.

APÊNDICE F - Termo de Consentimento Pós-Esclarecido

Por este instrumento, que atende às exigências legais, o Sr.(a) _____, portador(a) da cédula de identidade _____, declara que, após a leitura minuciosa do TCLE, referente à pesquisa intitulada EDUCAÇÃO EM SAÚDE COM IDOSOS: UM ESTUDO À LUZ DAS COMPETÊNCIAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE, que tem como objetivo: ELABORAR UMA PROPOSTA DE FORMAÇÃO PARA OS PROFISSIONAIS DA ESF VOLTADA PARA PRÁTICAS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE COM IDOSOS, ORIENTADA PELOS DOMÍNIOS DO CompHP, teve oportunidade de fazer perguntas, esclarecer dúvidas que foram devidamente explicadas pelos pesquisadores, ciente dos serviços e procedimentos aos quais será submetido e, não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e explicado, firma seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO em participar voluntariamente desta pesquisa. E, por estar de acordo, assina este termo.

Aurora (CE), _____ de _____ de _____.

Assinatura do Participante

Assinatura do Pesquisador

APÊNDICE G - Termo de Autorização do Uso de Imagem

Eu _____,
portador(a) da cédula de identidade nº _____, inscrito no CPF sob o nº _____, AUTORIZO o uso de minha imagem em fotos, filmagem e a voz, sem finalidade comercial, para ser utilizada em trabalho de mestrado profissional em Saúde da Família da Universidade Regional do Cariri- URCA/ Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família – RENASF. Esta autorização é concedida a título gratuito, abrangendo o uso de imagem acima mencionada em todo o território nacional e no Exterior, em todas as modalidades e, em destaque, das seguintes formas: (I) *home page*; (II) cartazes; (III) divulgação geral. Por esta ser a expressão da minha vontade, declaro que autorizo o uso acima descrito sem que nada haja a ser reclamado a título de direitos à minha imagem ou a qualquer outro.
Aurora (CE), _____ de _____ de _____.

Assinatura do Participante

APÊNDICE H – Convite de Participação da Devolutiva aos Profissionais



*Devolutiva do Círculo de Cultura: EDUCAÇÃO
EM SAÚDE COM IDOSOS: UM ESTUDO
A LUZ DAS COMPETÊNCIAS DE
PROMOÇÃO DA SAÚDE*



Data: 01 de agosto de 2019

Convite a Participação

Caros profissionais de nível superior da Atenção Básica de

Aurora,

É com grande satisfação que a mestranda Cícera Amanda Mota Seabra da 2ª Turma do Mestrado Profissional em Saúde da Família da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família – RENASF/URCA vem à sua presença para convidá-lo para participar da Devolutiva do Círculo de Cultura, terceira etapa do projeto intitulado: “EDUCAÇÃO EM SAÚDE COM IDOSOS: UM ESTUDO A LUZ DAS COMPETÊNCIAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE”.

Data: 01 de agosto de 2019.

Horário: 10:00 às 12:00

Local do evento: Sala de reuniões da UBS Araca II

Endereço: Rua Marica Leite, S/N - Araca, Aurora - CE.

Certos de poder contar com a sua inestimável participação, desde já agradeço.

Atenciosamente,

Cícera Amanda Mota Seabra

Público Alvo: Profissionais de nível superior de Aurora (médicos/enfermeiros e dentistas) que participaram do Círculo de Cultura.

Apoio: Prefeitura Municipal de Aurora-CE e Mestrado da RENASF/Universidade Regional do Cariri/URCA

Organização: Cícera Amanda Mota Seabra, mestrande do Mestrado Profissional em Saúde da Família – RENASF/URCA

APÊNDICE I – Devolutiva aos Profissionais (*slides* da apresentação)

REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA - RENASF
UNIVERSIDADE REGIONAL DO CARIRI- URCA
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA



EDUCAÇÃO EM SAÚDE COM IDOSOS: UM ESTUDO A LUZ DAS COMPETÊNCIAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE

Mestranda: **Cícera Amanda Mota Seabra**
Orientadora: Profa. Dra. Maria de Fátima Antero Sousa Machado
Co-orientadora: Profa. Ms. Yana Paula Coelho Correia Sampaio
Área de Concentração: Saúde da Família
Linha de pesquisa: Educação na Saúde

AGOSTO DE 2019

Momentos da Intervenção

Estratégias e procedimentos da intervenção

Momento 1: Aproximação com o grupo.

Momento 2: Identificação de como acontecem as práticas educativas realizadas com idosos pelos profissionais – Círculo de Cultura de Paulo Freire.

Momento 3: Devolutiva aos profissionais do material produzido.

Momento 4: Proposta de formação baseada no domínio fragilizado identificado a partir do Círculo de Cultura.

Momento 1:

Aproximação com o grupo

- MOMENTO PRESENCIAL
 - APRESENTAÇÃO DO PROJETO



RESULTADOS – Momento 1

Caracterização dos participantes

17 profissionais

- 10 são do sexo feminino (58%)
- Média de idade de 38 anos (25 a 65 anos)
- 11 profissionais são enfermeiros (64,70%), 04 dentistas (23.52%) e 02 médicos (11.76%)
- Média de tempo de formação é de 13 anos
- 13 profissionais (76,47%) possuem pós-graduação *latu sensu*, três (17,64%) são apenas graduados e um (5,88%) possui pós-graduação a nível *strictu sensu*.
- O tempo de atuação profissional varia entre dois meses a 37 anos.
- Em relação ao período de atuação nas equipes da estratégia saúde da família no município de Aurora, o tempo mínimo é de dois meses e o máximo de 20 anos.

RESULTADOS – Momento 1

Práticas de Educação em saúde

- Atividades em grupos com idosos: dois participantes.
- Temáticas que os idosos se interessam:
 - hipertensão e diabetes,
 - autocuidado,
 - uso racional de medicamentos,
 - alimentação saudável,
 - atividade física,
 - prevenção de acidentes,
 - sexualidade,
 - apenas um profissional escreveu que deveria ser questionado ao idoso aquilo que realmente tem interesse para ser abordado.
- Cinco não se sentem capacitados para realizar atividades com idosos e um não respondeu.

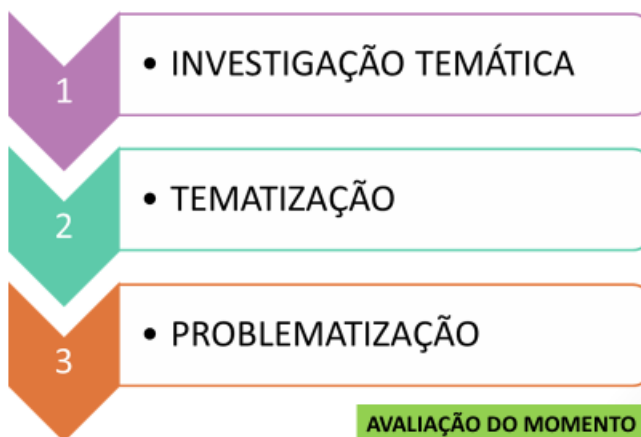
Momento 2 -Círculo de Cultura resgatando a vivência das fases



Momento 2:

Identificação de como acontecem as práticas educativas realizadas com idosos pelos profissionais

LEVANTAMENTO DE INFORMAÇÕES – Círculo de Cultura de Paulo Freire



RESULTADOS – Momento 2

Círculo de Cultura



Dinâmica de apresentação

RESULTADOS – Momento 2

Círculo de Cultura



TEMAS GERADORES

Tema Gerador 1- Minha concepção de educação em saúde com idosos é...

Tema Gerador 2 - Como eu vejo as práticas de educação em saúde com os idosos no meu território?

Tema Gerador 3 - Minha prática com idosos se faz assim...

Tema Gerador 4 - O que preciso reforçar ou modificar na minha ação educativa com idosos?

RESULTADOS – Círculo de Cultura

Investigação Temática



RESULTADOS – Círculo de Cultura Investigação Temática



RESULTADOS – Círculo de Cultura Tematização

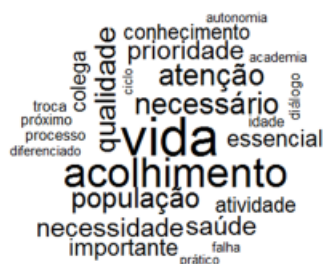


“minha concepção de educação em saúde com idosos é”

- Expressaram que o **acolhimento** à população idosa é algo necessário para garantir uma atenção de qualidade, conforme expresso nas falas a seguir:

“Acolhimento (...) necessidade de ter uma conversa, de ter uma atenção, de ter esse acolhimento mais próximo, que às vezes não tem em casa, não tem da própria família” (MED 02).

“... o acolhimento ele é necessário em qualquer âmbito da saúde. Então, acolher de forma adequada a pessoa idosa acho que é o caminho principal que se pode falar para ter o atendimento necessário” (ENF 03).

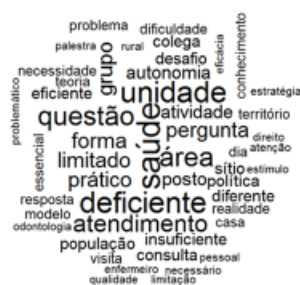


“como eu vejo as práticas de educação em saúde com idosos no meu território...”

- A discussão trouxe como núcleo de significado a ideia de que estas acontecem de forma **deficiente, limitadas e insuficientes**.

“Deficiente. Porque tudo que se começa era para ter fim, mas lá nunca tem fim (...) tudo que a gente se começa, não sei qual a deficiência que tem que não dá sequência” (ENF 11).

“Bem é insuficiente porque eu acho que ainda falta mais, né, pra gente acrescentar mais um pouco sobre o tema relacionado ao idoso” (DEN 02).



“minha prática com educação em saúde com idosos se faz...”

- O tema colocou em evidência que os profissionais realizam sua prática baseados no contato com idoso durante o **atendimento individual** na unidade de saúde por meio da **escuta ativa** e no **diálogo**, bem como nas **visitas domiciliares**.

“Visitas domiciliares e atendimento individual. É como eu falei, na minha área é uma população numerosa de idosos, e praticamente não buscam a unidade, e quando vai pra mim, que é uma raridade, é passar pelo atendimento individual, mas a minha prática maior é voltada as visitas domiciliares, quando os agentes eles solicitam” (ENF 10).



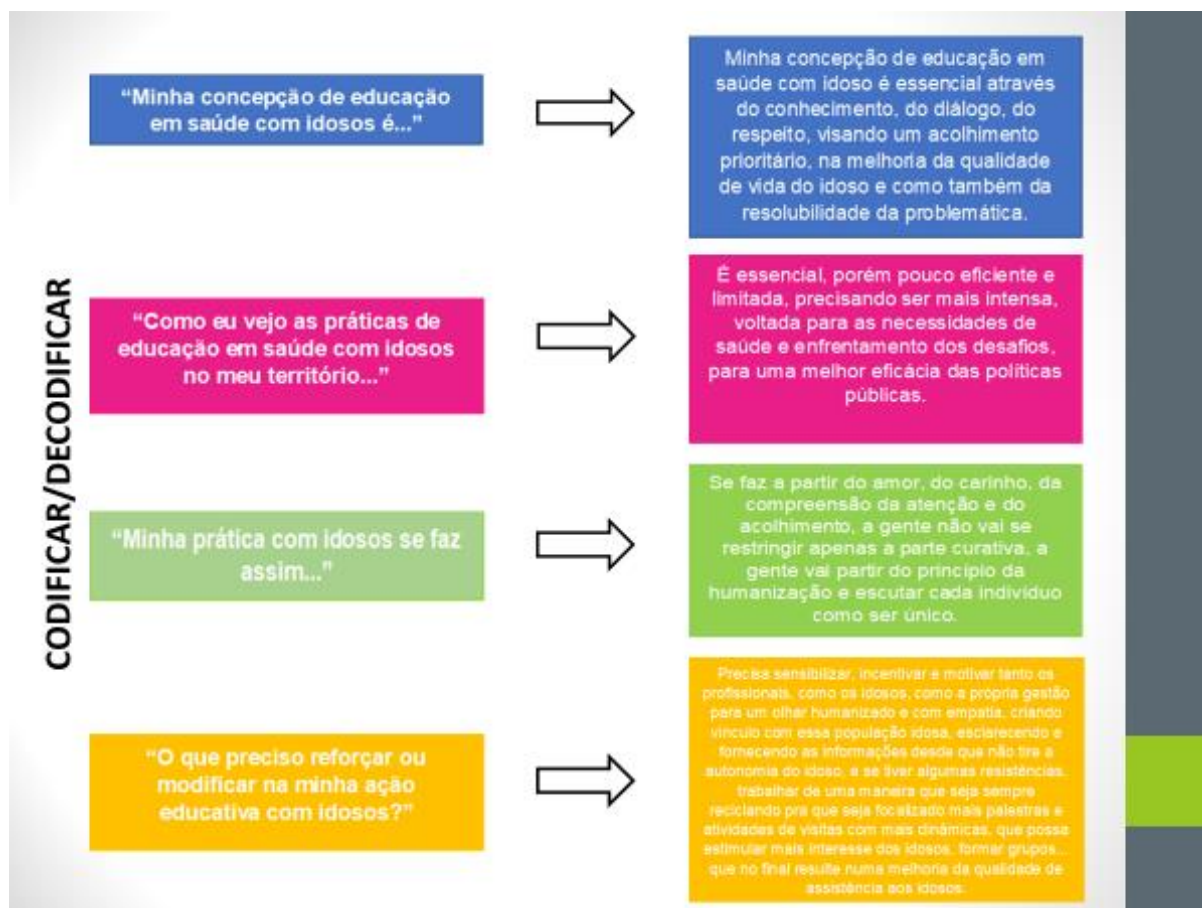
“o que preciso reforçar ou melhorar na minha ação educativa com idosos”

- Da discussão fundamentada emergiram termos como sensibilidade, humanização e empatia.

Sensibilizar. Porque como o outro colega falou pra você ter esse **olhar humanizado** você precisa primeiramente **sensibilizar**, e aí **sensibilizar** gestores, **sensibilizar** equipe, sensibilizar os próprios idosos, os profissionais” (ENF 5).

“Um olhar humanizado e com empatia. Quando eu falo olhar humanizado, eu já estou falando da significância da empatia, que é aquela capacidade de você ter de se colocar no lugar do outro” (ENF 01).





RESULTADOS – Círculo de Cultura Problematização



RESULTADOS – Círculo de Cultura Problematização



RESULTADOS – Círculo de Cultura Problematização/Desvelamento Crítico

- “Eu acho que essa estratégia desse grupo foi bastante louvável. E eu acho que a gente poderia começar mais ou menos por aí (...) é fazer essa roda de conversa pra escutar os anseios, fazer com que eles participem (...) às vezes a gente não abre oportunidade para que o idoso realmente fale o que pensa (...) e a meu ver eu acho que esse projeto desse grupo de nutrição foi bastante louvável” (ENF 05).
- “não adianta eu querer fazer educação em saúde, achar que educação em saúde é eu estar na frente de uma comunidade, dá uma palestra, e aquilo ali é educação em saúde, não é (...) a questão é fazer a coisa de uma forma diferente (..) ele fazer parte daquilo ali, dele fazer parte da construção dessa roda de conversa, desse grupo de educação em saúde, que eu acho que tendo esse olhar e se trabalhando dessa forma, é um tentativa da gente puxar a nossa comunidade pra unidade sem a necessidade de que eu tenha que estar oferecendo alguma coisa para que ele venha buscar a informação” (ENF 07).

RESULTADOS – Círculo de Cultura

Como o momento foi avaliado?



Análise do Círculo de Cultura

Com vistas nos objetivos de:

OBJETIVO GERAL

- Elaborar uma proposta de formação para os profissionais da ESF voltada para práticas de educação em saúde com idosos, orientada pelos domínios do CompHp.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Reconhecer os domínios de competências do CompHp presentes nas ações de educação em saúde realizadas pelos profissionais da ESF.
- Identificar as necessidades de aprendizagem dos profissionais da ESF para processos de educação em saúde com idosos.

Resgate do Competências Principais em Promoção da Saúde - CompHP

1. Possibilidade de mudanças

2. Advocacia em saúde

3. Parceria

4. Comunicação

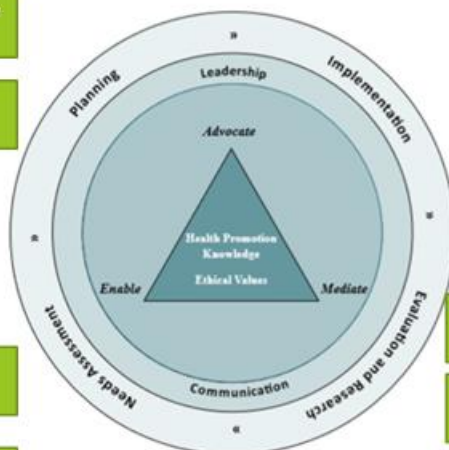
5. Liderança

6. Diagnóstico

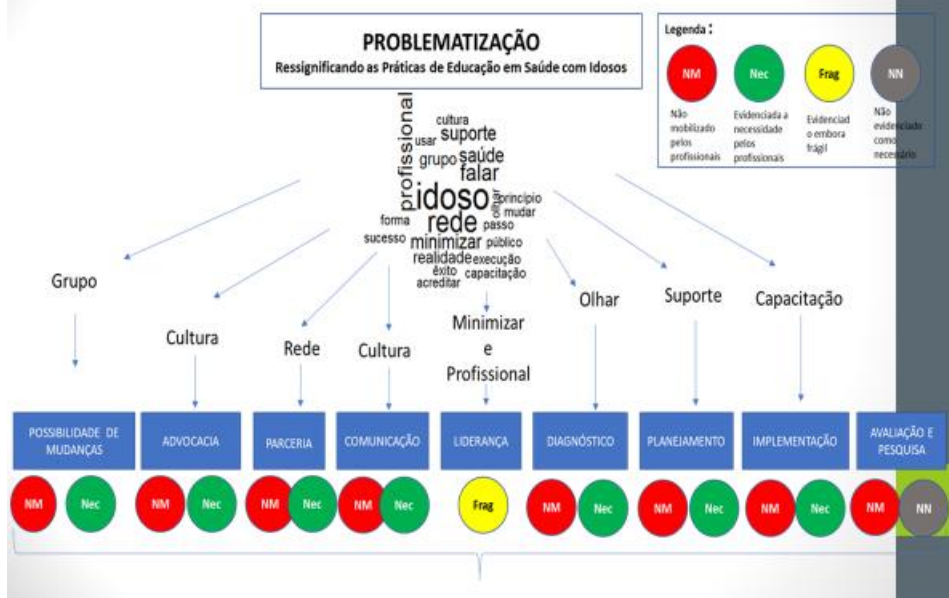
7. Planejamento

8. Implementação

9. Avaliação e Pesquisa



CompHP no Círculo de Cultura



Momento 3:

Devolutiva aos profissionais do material produzido.

AGORA!

O que pactuamos?

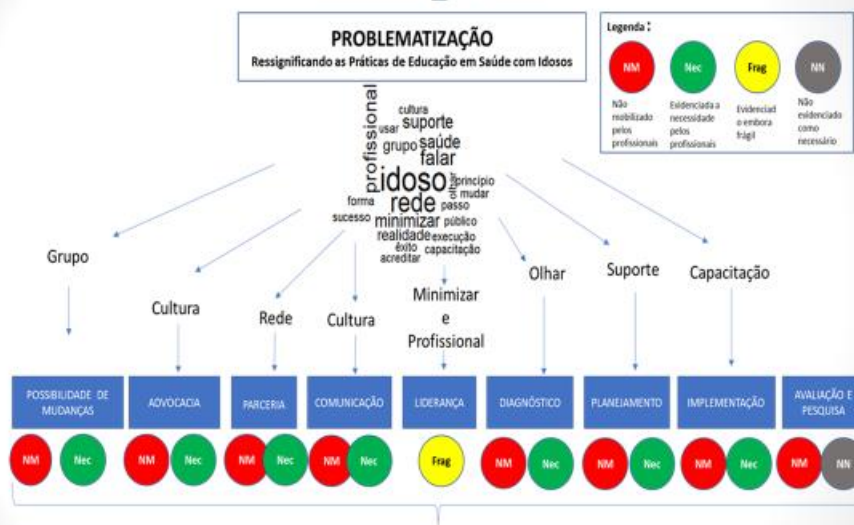
Construção Coletiva

O que vamos abordar?

• Como vamos abordar?



Comp HP



Momento 4:

Proposta de formação baseada no domínio ...

**Construção coletiva
da proposta de
formação...**



De tudo ficaram três coisas... A certeza de que estamos começando... A certeza de que é preciso continuar... A certeza de que podemos ser interrompidos antes de terminar... Façamos da interrupção um caminho novo... Da queda, um passo de dança... Do medo, uma escada... Do sonho, uma ponte... Da procura, um encontro!

(SABINO, 1981)

OBRIGADA!



APÊNDICE J – Proposta de Formação – Programação

PRIMEIRO ENCONTRO – Apresentação do CompHP									
Objetivo	Apresentar os domínios do Projeto CompHP								
Material	Exposição em <i>Power Point</i> Projetor (<i>Datashow</i>); <i>notebook</i> , apontador								
Desenvolvimento	<u>Acolhimento e apresentação da formação</u> : dinâmica de apresentação – Origem e Significado dos Nomes. Cada participante deverá dizer como se deu a escolha do seu nome e se conhece o seu significado. <u>Exposição dialogada sobre o CompHP</u> : domínios do Projeto CompHP <u>Avaliação do encontro</u> : autoavaliação, facilitador, pares e do 1º momento da formação.								
Programação	<table border="1"> <thead> <tr> <th>HORÁRIO</th><th>ATIVIDADES PROGRAMADAS</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>8:00 – 8:30</td><td>Acolhimento e apresentação da formação</td></tr> <tr> <td>8:00 – 10:30</td><td>Exposição dialogada - O projeto do CompHP</td></tr> <tr> <td>10:30 –11:00</td><td>Avaliação do encontro</td></tr> </tbody> </table>	HORÁRIO	ATIVIDADES PROGRAMADAS	8:00 – 8:30	Acolhimento e apresentação da formação	8:00 – 10:30	Exposição dialogada - O projeto do CompHP	10:30 –11:00	Avaliação do encontro
HORÁRIO	ATIVIDADES PROGRAMADAS								
8:00 – 8:30	Acolhimento e apresentação da formação								
8:00 – 10:30	Exposição dialogada - O projeto do CompHP								
10:30 –11:00	Avaliação do encontro								
Duração	3 horas								
Avaliação	Autoavaliação, facilitador, pares e do 1º encontro da formação.								

Fonte: Elaborado pela autora (2019).

SEGUNDO ENCONTRO – Reconhecendo a utilização do CompHP nas práticas educativas com idosos
--

Objetivo	Identificar, nas práticas educativas com idosos, a utilização do CompHP.
Material	• Acolhimento Balões coloridos. • Grupo Tutorial Texto elaborado pela pesquisadora. • Estudo Dirigido Texto de: Dempsey, C., Battel-Kirk B., Barry M.M. e os Parceiros do Projeto CompHP (2011), Competências Principais em Promoção da Saúde - CompHP, Versão Resumida. IUHPE, Paris
Desenvolvimento	<u>Acolhimento</u>: dinâmica de integração e envolvimento. Os participantes serão convidados a formar um círculo. Após, será solicitado que pensem em coisas boas que gostariam que acontecessem relacionadas à sua vida pessoal e profissional ou preocupações que gostariam de ver resolvidas. Na sequência, será entregue um balão a cada um deles, pedindo que o encham de ar, colocando simbolicamente, no seu interior, todas as aspirações e preocupações que tinham acabado de pensar. Quando todos terminarem e cada um estiver com o balão nas mãos, devem jogar os balões para o alto e, por alguns instantes, o grupo todo se preocuparia em não os deixar cair, mantendo-os no alto, acima de todos. Ao final, cada um deverá apanhar e estourar um balão, simbolizando a forma de liberar todos os pedidos que estavam no seu interior para que livremente se realizem como havia sido pensado por cada participante. <u>Grupo tutorial</u> – “Educação em saúde com idosos: como fazer?” “Educação em saúde com idosos: como fazer?” Em uma Unidade Básica de Saúde localizada na Vila Brasil, a equipe de saúde percebeu que o número de idosos da área só crescia, aumentando, assim, a demanda de doenças crônicas e de incapacidades, como também a necessidade de visitas domiciliares a idosos e acamados pela equipe. Diante disso, a equipe reuniu-se para discutir as ações de promoção da saúde, tomando como referência os indicadores da localidade, tais como: perfil sociodemográfico da população; condições de saúde, de moradia e

saneamento; questões de acessibilidade, entre outras. Participaram também desta reunião membros da comunidade que relataram suas expectativas em relação ao atendimento médico para os idosos e crianças.

Enquanto levantavam propostas de melhorar a saúde desses idosos e as condições de envelhecimento dessa população, surgiu a ideia de formar um grupo com os idosos para estimular sua autonomia, promover autocuidado, orientá-los sobre seus direitos e como melhorar sua saúde.

Rafael, médico da área há poucos meses e formado há apenas um ano, disse à equipe que até poderia deixar de atender em algum turno para dar umas palestras sobre hipertensão e diabetes. Mas a enfermeira, que tinha mais tempo na área, comentou que palestras ela até já tinha tentado fazer antes, mas eles não tinham interesse no que ela dizia.

Dona Joana, idosa e moradora da área, explicou que era porque as palestras eram sempre falando a mesma coisa, não tinham graça. Outro profissional chamou a atenção da equipe para o fato de que eles deveriam pensar outras formas de se fazer educação em saúde com idosos na área e promover a saúde dessa população, mas não tinha aprendido sobre isso na faculdade, por isso, tinha receio de tentar.

A enfermeira complementou que achava que não eram desenvolvidas competências na graduação para executar ações de educação em saúde com idosos, por isso, eles se sentiam tão incapazes.

Diante dessa situação, a equipe decidiu criar um grupo de trabalho para estudar e apresentar, na próxima reunião, um referencial teórico e estratégico para subsidiar as ações de Promoção da Saúde da população idosa na Unidade Básica de Saúde.

O que os profissionais precisam saber de promoção da saúde para o desenvolvimento de competências para realizarem ações de educação em saúde com idosos?

Para realizar essa atividade, os participantes serão divididos em dois grandes grupos e solicitados a fazer a leitura do texto proposto.

Nesse momento, será feita a condução da abertura do problema. Com base na questão anunciada, os participantes devem discutir e elaborar os objetivos de aprendizagem para a resolução do problema, seguindo os sete passos do grupo tutorial.

Grupo tutorial: os sete passos

Passo 1:	Esclarecer os termos no texto do problema
Passo 2:	Definir o problema
Passo 3:	Analisar o problema
Passo 4:	Sistematizar a análise e hipóteses de explicação ou solução do problema
Passo 5:	Formular objetivos de aprendizagem
Passo 6:	Identificar fontes de informação e adquirir novos conhecimentos individualmente
Passo 7:	Sintetizar o conhecimento e revisar hipóteses iniciais para o problema

Estudo Dirigido – Competências Principais de Promoção da Saúde – Projeto CompHP

Para realizar esta atividade, os participantes deverão dividir-se em grupos e escolher um coordenador para dirigir as discussões e um relator para sistematizar o trabalho.

A partir da leitura do texto Competências Principais em Promoção da Saúde – CompHP - Versão Resumida 2011, o grupo deverá discutir e responder às seguintes questões:

1. Qual o conceito de competência no campo da promoção da saúde?

	2. Que domínios estão propostos para um profissional promotor de saúde? 3. Que domínios você identifica como facilitador das ações de educação em saúde com idosos? 4. Como esses domínios podem ser implementados nas práticas educativas com idosos na ESF? 5. Como você pode facilitar esse processo? Em seguida, deverão sistematizar os pontos destacados pela discussão e apresentar quando solicitado pelo facilitador. <u>Avaliação do encontro:</u> autoavaliação, facilitador, pares e do 2º momento da formação.														
Programação	<table> <thead> <tr> <th>HORÁRIO</th><th>ATIVIDADES PROGRAMADAS</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>8:00 – 8:15</td><td>Acolhimento</td></tr> <tr> <td>8:15 – 10:15</td><td>Abertura do grupo tutorial – “Educação em saúde com idosos: como fazer?”</td></tr> <tr> <td>10:15 – 10:30</td><td>Intervalo</td></tr> <tr> <td>10:30 – 11:15</td><td>Estudo dirigido – Competências de Promoção da Saúde – Projeto CompHP</td></tr> <tr> <td>11:15 – 11:45</td><td>Fechamento do estudo dirigido</td></tr> <tr> <td>11:45 – 12:00</td><td>Avaliação do encontro</td></tr> </tbody> </table>	HORÁRIO	ATIVIDADES PROGRAMADAS	8:00 – 8:15	Acolhimento	8:15 – 10:15	Abertura do grupo tutorial – “Educação em saúde com idosos: como fazer?”	10:15 – 10:30	Intervalo	10:30 – 11:15	Estudo dirigido – Competências de Promoção da Saúde – Projeto CompHP	11:15 – 11:45	Fechamento do estudo dirigido	11:45 – 12:00	Avaliação do encontro
HORÁRIO	ATIVIDADES PROGRAMADAS														
8:00 – 8:15	Acolhimento														
8:15 – 10:15	Abertura do grupo tutorial – “Educação em saúde com idosos: como fazer?”														
10:15 – 10:30	Intervalo														
10:30 – 11:15	Estudo dirigido – Competências de Promoção da Saúde – Projeto CompHP														
11:15 – 11:45	Fechamento do estudo dirigido														
11:45 – 12:00	Avaliação do encontro														
Duração	4 horas														
Avaliação	Autoavaliação, facilitador, pares e do 2º encontro da formação.														

Fonte: Elaborado pela autora (2019).

TERCEIRO ENCONTRO – Compartilhando experiências e reconhecendo formas de melhorar as práticas de educação em saúde com idosos no território

Objetivo	Compartilhar experiências entre os participantes sobre educação em saúde com idosos Reconhecer potencialidades para melhorar a educação em saúde com idosos no território
Material	Dois painéis, tarjetas coloridas de papel, fita adesiva, pincéis coloridos
Desenvolvimento	<u>Acolhimento:</u> dinâmica 1,2,3 simplesmente isso. Para estimular a atenção e a concentração, reforçar o trabalho em equipe e estimular o foco. Funciona apenas com grupos de pessoas que já se conhecem, que trabalham juntas. Será solicitado, aos participantes, que formem duplas, na posição um de frente ao outro, enfileiradas ombro a ombro, formando duas filas. Será dado o comando desafiador de contar até três, sendo que todos os participantes da fila da direita falarão “1”; na sequência, todos da fila da esquerda falarão “2” e, voltando para a fila da direita, todos falarão “3”. A contagem deverá ser repetida por duas vezes sem que ninguém erre. Agora, como na vida, sempre aparecem as dificuldades e o número um será substituído por uma palma. Todos da fila da direita irão bater uma palma juntos e, na sequência, a fila da esquerda fala “2” e a da direita fala “3”. Repetir até que não errem. Então, será substituído o número dois por um pulo. A fila da direita bate “palma”, a fila da esquerda “pula” e a da direita fala “3”. E vai dificultando mais, substituindo o número “3” por uma rebolada. A fila da direita bate “palma”, a fila da esquerda “pula” e a da direita “rebola”. Repetir até todos acertarem em sincronia. Será concluído que, mesmo se tratando de um exercício simples, se não houver concentração, foco, atenção, é muito difícil de realizar. E ainda podemos destacar como as atitudes das outras pessoas influenciam o nosso desempenho quando prestamos mais atenção nos outros do que em nós mesmos. <u>Grupo tutorial:</u> “Educação em saúde com idosos: será que eu sei fazer?” (fechamento)

	Nesta atividade, participantes devem discutir sobre os novos conhecimentos aprendidos (durante o estudo individual) com a finalidade de contribuir com o grupo para responder aos objetivos de aprendizagem propostos e resolver o problema. <u>Roda de conversa:</u> Compartilhando experiências e reconhecendo como podemos melhorar a educação em saúde no território? Para iniciar a roda de conversa, solicite, aos participantes, que fiquem organizados em círculo. Inicialmente, solicita-se que os participantes revisitem a sua prática e identifiquem fatores que facilitem a prática de educação em saúde com idosos e fatores que dificultem a execução de tais práticas. Cada participante deve escrever (individualmente) numa tarjeta e colocar no painel indicado pelo facilitador. Serão eleitos um coordenador e um relator para conduzirem a atividade. Olhando para os pontos evidenciados, os participantes irão debater na roda potencialidades que possam ser utilizadas e fragilidades que possam ser superadas para melhorar a educação em saúde com idosos no território. O relator irá anotar as sugestões de todos para possíveis conduções e intervenções futuras. <u>Avaliação do encontro:</u> autoavaliação, facilitador, pares e do 3º momento da formação.												
Programação	<table> <thead> <tr> <th>HORÁRIO</th><th>ATIVIDADES PROGRAMADAS</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>8:00 – 8:15</td><td>Acolhimento</td></tr> <tr> <td>8:15 – 10:15</td><td>Fechamento do grupo tutorial: “Educação em saúde com idosos: como fazer?”</td></tr> <tr> <td>10:15 -10:30</td><td>Intervalo</td></tr> <tr> <td>10:30 – 11:30</td><td>Roda de conversa: “Compartilhando experiências e reconhecendo como podemos melhorar a educação em saúde com idosos no território?”</td></tr> <tr> <td>11:30 – 12:00</td><td>Avaliação do encontro</td></tr> </tbody> </table>	HORÁRIO	ATIVIDADES PROGRAMADAS	8:00 – 8:15	Acolhimento	8:15 – 10:15	Fechamento do grupo tutorial: “Educação em saúde com idosos: como fazer?”	10:15 -10:30	Intervalo	10:30 – 11:30	Roda de conversa: “Compartilhando experiências e reconhecendo como podemos melhorar a educação em saúde com idosos no território?”	11:30 – 12:00	Avaliação do encontro
HORÁRIO	ATIVIDADES PROGRAMADAS												
8:00 – 8:15	Acolhimento												
8:15 – 10:15	Fechamento do grupo tutorial: “Educação em saúde com idosos: como fazer?”												
10:15 -10:30	Intervalo												
10:30 – 11:30	Roda de conversa: “Compartilhando experiências e reconhecendo como podemos melhorar a educação em saúde com idosos no território?”												
11:30 – 12:00	Avaliação do encontro												
Duração	4 horas												
Avaliação	Autoavaliação, facilitador, pares e do 3º encontro da formação.												

Fonte: Elaborado pela autora (2019).

APÊNDICE K – Avaliação dos Encontros da Formação

1º ENCONTRO

1. Avaliação dos aspectos didático-pedagógicos do primeiro encontro

1.1 Atividade: Dinâmica de acolhimento	O	B	R	P	NA
1.2 Atividade: Exposição dialogada	O	B	R	P	NA
1.3 Participação dos facilitadores nas atividades presenciais	O	B	R	P	NA
1.4 Comentários sobre os aspectos didático-pedagógicos	O	B	R	P	NA

2. Avaliação da organização das atividades

2.1 Relevância dos encontros para a sua prática profissional	O	B	R	P	NA
2.2 Pertinência, atualidade e inovação das temáticas abordadas	O	B	R	P	NA
2.3 Organização e distribuição das atividades educacionais	O	B	R	P	NA
2.4 Adequação dos recursos educacionais com as atividades realizadas	O	B	R	P	NA
2.5 Horários e períodos programados	O	B	R	P	NA
Comentários sobre a organização das atividades:					

3. Avaliação da infraestrutura e dos recursos educacionais

3.1 Instalações físicas das salas: conforto e recursos audiovisuais	O	B	R	P	NA
Comentários sobre a organização das atividades:					

4. Avaliação do encontro

4.1 Como você avalia o encontro?	O	B	R	P	NA
Comentários adicionais e sugestões para a melhoria dos encontros:					

LEGENDA:

O - ótimo	B - bom	R – regular	P - péssimo	NA - não se aplica
-----------	---------	-------------	-------------	--------------------

2º ENCONTRO

1 Avaliação dos aspectos didático-pedagógicos do primeiro encontro

1.1 Atividade: Dinâmica de acolhimento	O	B	R	P	NA
1.2 Atividade: Grupo tutorial	O	B	R	P	NA
1.3 Atividade: Estudo dirigido	O	B	R	P	NA
1.4 Participação dos facilitadores nas atividades presenciais	O	B	R	P	NA
1.5 Comentários sobre os aspectos didático-pedagógicos	O	B	R	P	NA

2 Avaliação da organização das atividades

2.1 Relevância dos encontros para a sua prática profissional	O	B	R	P	NA
--	---	---	---	---	----

2.2 Pertinência, atualidade e inovação das temáticas abordadas	O	B	R	P	NA
2.3 Organização e distribuição das atividades educacionais	O	B	R	P	NA
2.4 Adequação dos recursos educacionais com as atividades realizadas	O	B	R	P	NA
2.5 Horários e períodos programados	O	B	R	P	NA
Comentários sobre a organização das atividades:					

1. Avaliação da infraestrutura e dos recursos educacionais

3.1 Instalações físicas das salas: conforto e recursos audiovisuais	O	B	R	P	NA
Comentários sobre a organização das atividades:					

2. Avaliação do encontro

4.1 Como você avalia o encontro?	O	B	R	P	NA
Comentários adicionais e sugestões para a melhoria dos encontros:					

LEGENDA:

O - ótimo	B - bom	R - regular	P - péssimo	NA - não se aplica
-----------	---------	-------------	-------------	--------------------

3º ENCONTRO

1 Avaliação dos aspectos didático-pedagógicos do primeiro encontro

1.1 Atividade: Dinâmica de acolhimento	O	B	R	P	NA
1.2 Atividade: Grupo tutorial	O	B	R	P	NA
1.3 Atividade: Roda de conversa	O	B	R	P	NA
1.4 Participação dos facilitadores nas atividades presenciais	O	B	R	P	NA
1.5 Comentários sobre os aspectos didático-pedagógicos	O	B	R	P	NA

2 Avaliação da organização das atividades

2.1 Relevância dos encontros para a sua prática profissional	O	B	R	P	NA
2.2 Pertinência, atualidade e inovação das temáticas abordadas	O	B	R	P	NA
2.3 Organização e distribuição das atividades educacionais	O	B	R	P	NA
2.4 Adequação dos recursos educacionais com as atividades realizadas	O	B	R	P	NA
2.5 Horários e períodos programados	O	B	R	P	NA
Comentários sobre a organização das atividades:					

3 Avaliação da infraestrutura e dos recursos educacionais

3.1 Instalações físicas das salas: conforto e recursos audiovisuais	O	B	R	P	NA
Comentários sobre a organização das atividades:					

4 Avaliação do encontro

4.1 Como você avalia o encontro?	O	B	R	P	NA
Comentários adicionais e sugestões para a melhoria dos encontros:					

LEGENDA:

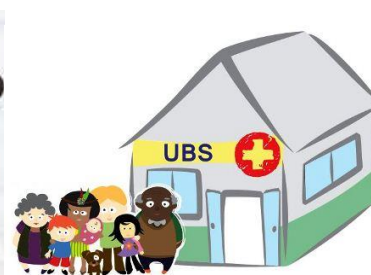
O - ótimo	B - bom	R - regular	P – péssimo	NA - não se aplica
-----------	---------	-------------	-------------	--------------------

ANEXOS

ANEXO A - Figuras do Momento de Sensibilização do Círculo de Cultura



Fonte: p1.gov.br



Fonte: Google imagens (2019).

ANEXO B - Modelo de Diário de Campo

DIÁRIO DE CAMPO	
Atividade:	
Data:	Hora:
Local:	Observador:

ANOTAÇÕES

ELEMENTOS DESCRITIVOS	ELEMENTOS REFLEXIVOS

Fonte: Cavalcante (2014).

ANEXO C – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA

UNIVERSIDADE REGIONAL DO
CARIRI - URCA

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Estudos sobre promoção da saúde nos ambientes educacional e de trabalho

Pesquisador: Maria Rosilene Cândido Moreira

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 65520617.0.0000.5055

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DO CARIRI-UFCA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.005.435

Apresentação do Projeto:

A pesquisa Promoção da Saúde no ambiente de trabalho: estudo das ações desenvolvidas e competências requeridas", cujo objetivo geral é "conhecer as ações de promoção da saúde no ambiente de trabalho e analisar as competências em promoção da saúde do trabalhador que vem sendo desenvolvidas nos cursos de graduação afins, assim como as desenvolvidas pelas equipes de atenção à saúde do trabalhador nos estabelecimentos de saúde, pautando-as nas competências formativas essenciais requeridas aos agentes promotores envolvidos. Para isso, deseja-se desenvolver uma Matriz de Competências em Promoção da Saúde do Trabalhador, a qual será desenvolvida e validada mediante essa pesquisa. Parte-se da premissa de que as ações de promoção da saúde nos ambientes educacional e de trabalho podem ser alcançadas mediante o desenvolvimento de competências por parte dos agentes promotores de saúde, especialmente aqueles que compõem os SESMT, as CIPA e demais grupos responsáveis por tais ações, assim como os profissionais em seus processos formativos, como relevante estratégia para a criação conjunta de ambientes de trabalho saudáveis e sustentáveis que visem a melhoria da qualidade de vida dos trabalhadores, numa perspectiva crítica, reflexiva e emancipadora, pautada na aprendizagem baseada em competências. Esta proposta de investigação constituirá uma pesquisa documental e de campo, de natureza exploratório-descritiva, com abordagem mista. Os dados quantitativos serão digitados e analisados estatisticamente através do software IBM (SPSS), versão

Endereço: Rua Cel. Antônio Luiz, nº 1161

Bairro: Pimenta

CEP: 63.105-000

UF: CE

Município: CRATO

Telefone: (88)3102-1212

Fax: (88)3102-1291

E-mail: cep@urca.br

UNIVERSIDADE REGIONAL DO CARIRI - URCA



Continuação do Parecer: 2.005.435

23.0. Serão efetuados cálculos de frequências absolutas, relativas e medidas de tendência central e dispersão (média, moda e desvio padrão). Para os dados qualitativos, estes serão transcritos para o Programa IRAMUTEQ. Neste estudo, os textos serão transcritos e categorizados conforme os domínios e competências expressos no vocabulário dos respondentes, para então serem confrontados com a literatura revisada e possibilitarem a interpretação dos resultados com sustentação no referencial teórico do CompHP.

Objetivo da Pesquisa:

OBJETIVO GERAL

Avaliar as ações de saúde desenvolvidas nos ambientes de trabalho e os processos formativos dos profissionais de saúde e áreas afins, com ênfase no desenvolvimento de competências essenciais em promoção da saúde.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Descrever os significados de promoção da saúde e de competências na perspectiva dos docentes e trabalhadores envolvidos;

Identificar as temáticas relacionadas a promoção da saúde abordadas nos cursos de graduação e nos ambientes de trabalho;

Enumerar ações de promoção da saúde realizadas no cotidiano dos trabalhadores e previstas nos planos de ensino dos componentes curriculares afins, ofertadas nos cursos relacionados;

Identificar referenciais teóricos e aportes metodológicos que orientam o ensino da promoção da saúde e as ações de promoção da saúde realizadas no ambiente laboral;

Listar as competências essenciais que compõem o arcabouço teórico dos agentes envolvidos em ações de promoção da saúde no ambiente de trabalho e no ensino profissionalizante;

Elaborar matriz de competências em promoção da saúde no ambiente educacional e de trabalho.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A pesquisa apresenta riscos mínimos e benefícios que contemplam os aspectos éticos necessários para Pesquisa com Seres Humanos. Além disso, existe uma ponderação entre riscos e benefícios.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa atende aos princípios éticos básicos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A pesquisa atende aos princípios éticos básicos.

Endereço: Rua Cel. Antônio Luiz, nº 1161		CEP: 63.105-000
Bairro: Pimenta		
UF: CE	Município: CRATO	
Telefone: (88)3102-1212	Fax: (88)3102-1291	E-mail: cep@urca.br

UNIVERSIDADE REGIONAL DO CARIRI - URCA



Continuação do Parecer: 2.005.435

Recomendações:

Alterar o título do projeto de pesquisa nos dois Termos de Consentimento Livre e Esclarecido que foram apresentados, bem como no projeto de pesquisa, pois o mesmo não coincide com o título do projeto submetido à Plataforma Brasil.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_867776.pdf	24/02/2017 17:47:52		Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	CartaAnuenciaUrca.PDF	24/02/2017 17:11:54	Maria Rosilene Cândido Moreira	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	CartaAnuenciaSCamilo.pdf	24/02/2017 17:11:42	Maria Rosilene Cândido Moreira	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	CartaAnuenciaHemoce.pdf	24/02/2017 17:11:28	Maria Rosilene Cândido Moreira	Aceito
Outros	ApendiceGRoteiroEntrevistaGrupoB.doc x	24/02/2017 17:11:05	Maria Rosilene Cândido Moreira	Aceito
Outros	ApendiceFRoteiroEntrevistaGrupoA.doc x	24/02/2017 17:10:49	Maria Rosilene Cândido Moreira	Aceito
Outros	ApendiceElInqueritoCompetenciasTrabal ho.docx	24/02/2017 17:10:24	Maria Rosilene Cândido Moreira	Aceito
Outros	ApendiceDlInqueritoCompetenciasEduca cional.doc	24/02/2017 17:10:02	Maria Rosilene Cândido Moreira	Aceito
Outros	ApendiceAConviteJuizes.docx	24/02/2017 17:06:22	Maria Rosilene Cândido Moreira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	ApendiceCTCLEGruposAeB.docx	24/02/2017 17:05:59	Maria Rosilene Cândido Moreira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de	ApendiceBTCLEJuizes.docx	24/02/2017 17:05:44	Maria Rosilene Cândido Moreira	Aceito

Endereço: Rua Cel. Antônio Luiz, nº 1161

Bairro: Pimenta

CEP: 63.105-000

UF: CE

Município: CRATO

Telefone: (88)3102-1212

Fax: (88)3102-1291

E-mail: cep@urca.br

**UNIVERSIDADE REGIONAL DO
CARIRI - URCA**



Continuação do Parecer: 2.005.435

Ausência	ApendiceBTCLEJuizes.docx	24/02/2017 17:05:44	Maria Rosilene Cândido Moreira	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoPDocCEP.docx	24/02/2017 17:05:31	Maria Rosilene Cândido Moreira	Aceito
Folha de Rosto	FolhadeRostoProjetoPDoc.pdf	24/02/2017 15:48:30	Maria Rosilene Cândido Moreira	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CRATO, 06 de Abril de 2017

Assinado por:

Edilma Gomes Rocha Cavalcante
(Coordenador)

Endereço: Rua Cel. Antônio Luiz, nº 1161
 Bairro: Pimenta CEP: 63.105-000
 UF: CE Município: CRATO
 Telefone: (88)3102-1212 Fax: (88)3102-1291 E-mail: cep@urca.br

ANEXO D – Carta de Anuência do Município

ESTADO DO CEARÁ



PREFEITURA MUNICIPAL DE AURORA

GABINETE DO PREFEITO

- Ao mesmo tempo, autorizo para que o nome desta instituição possa constar no relatório final bem como em futuras publicações na forma de artigo científico.

Aurora, 30 de 10 de 2018.

JOÃO ANTÔNIO DE MACEDO JÚNIOR
Prefeito do Município de Aurora-Ce

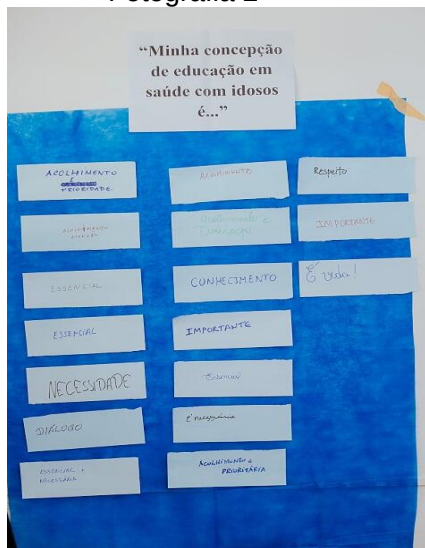
ANEXO E – Fotografias

Fotografia 1 – O Círculo de Cultura em Aurora.



Fotografias 2, 3, 4, 5 - Fotografias dos painéis com os temas geradores e as palavras escolhidas pelos participantes do estudo.

Fotografia 2



Fotografia 3



Fotografia 4



Fotografia 5

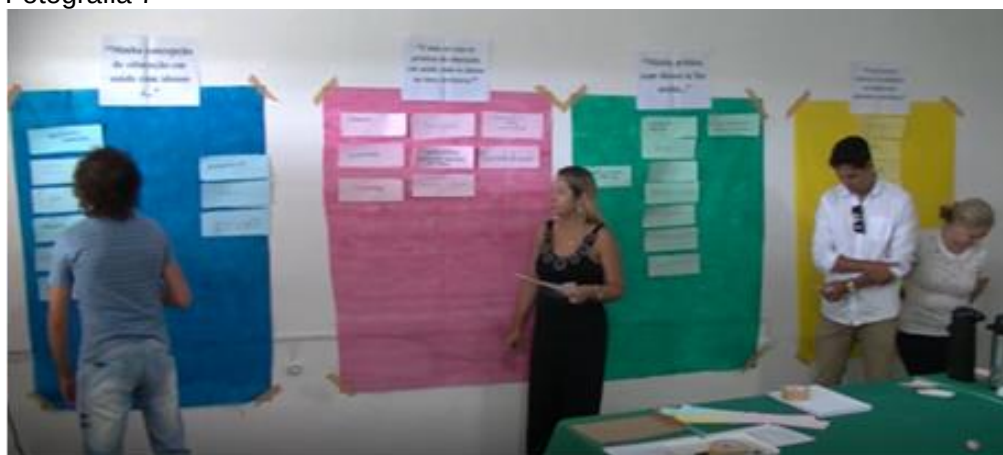


Fotografias 6, 7 – Tematização e apresentação pelos representantes dos grupos.

Fotografia 6



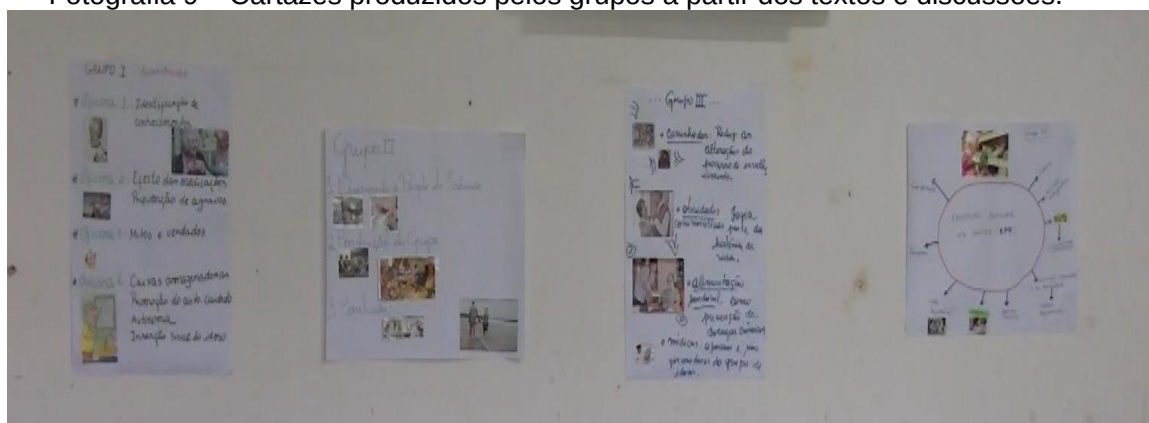
Fotografia 7



Fotografia 8 – Discussão dos textos selecionados nos pequenos grupos.

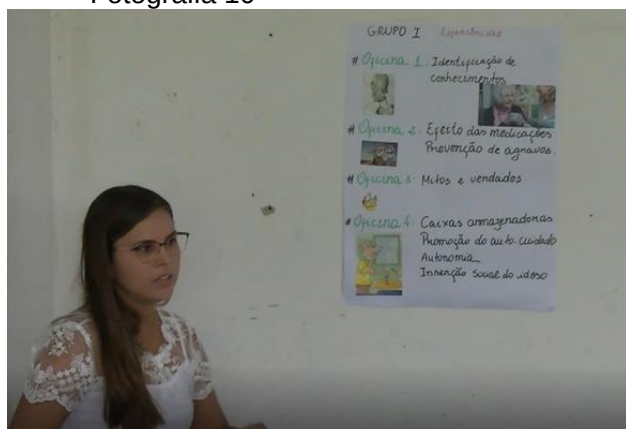


Fotografia 9 – Cartazes produzidos pelos grupos a partir dos textos e discussões.



Fotografias 10, 11, 12, 13 – Apresentação dos representantes dos grupos nas discussões.

Fotografia 10



Fotografia 11



Fotografia 12



Fotografia 13

