

## O ensino e a aprendizagem no atendimento geriátrico-gerontológico: uma possibilidade educativa\*

*Teaching and learning in care geriatric-gerontology: an educational possibility*

*Enseñanza y aprendizaje en la atención geriátrico-gerontológica: una posibilidad educativa*

Maria Helena Gehlen  
Claus Dieter Stobaus

**RESUMO:** Objetiva-se descrever o ensino e a aprendizagem no atendimento geriátrico-gerontológico na promoção da educação em saúde à pessoa idosa. Pesquisa qualitativa, exploratória-descritiva delineada com entrevista semiestruturada, observação sistemática e análise do conteúdo. As interações e as associações da educação em saúde são processos de ensino e aprendizagem que possibilitam a visibilidade da dimensão educativa na perspectiva multidimensional da saúde do idoso.

**Palavras-chave:** Educação; Idoso; Saúde.

**ABSTRACT:** *This study aims to describe teaching and learning in geriatric-gerontological care in the promotion of health education for the elderly. Qualitative, exploratory-descriptive research delineated with semi-structured interview, systematic observation and content analysis. The interactions and associations of health education are processes of teaching and learning that allow the visibility of the educational dimension in the multidimensional perspective of the health of the elderly.*

**Keywords:** *Education; Old man; Health.*

**RESUMEN:** *El objetivo es describir la enseñanza y el aprendizaje en la atención geriátrico-gerontológica en la promoción de la educación sanitaria para los ancianos. Investigación cualitativa exploratoria descriptiva diseñada con entrevistas semiestructuradas, observación sistemática y análisis de contenido. Las interacciones y asociaciones de la educación para la salud son procesos de enseñanza y aprendizaje que permiten la visibilidad de la dimensión educativa en la perspectiva multidimensional de la salud de los ancianos.*

**Palabras clave:** *Educación; Ancianos; Salud.*

## **Introdução**

O presente trabalho é fruto da construção da Tese de Doutorado “Os processos de ensino e aprendizagem: a dimensão educativa na promoção do cuidado em saúde da pessoa idosa”, vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica da Faculdade de Medicina da PUCRS, em Porto Alegre, RS, Brasil.

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

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

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

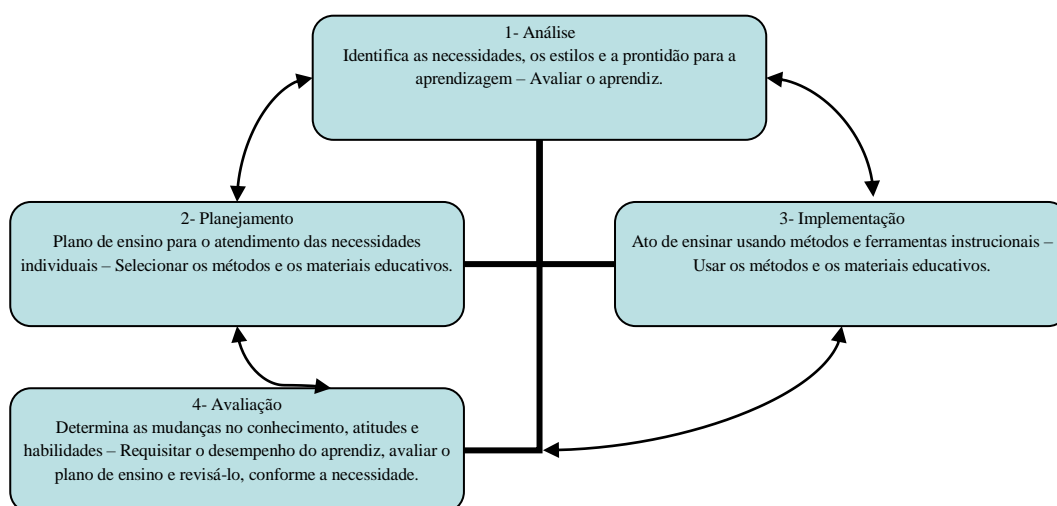
Nesse processo educativo, as ações de quem ensina são relacionadas às necessidades do aprendiz, as quais são levantadas por meio da comunicação verbal e não verbal.

Destaca-se que o ensino pode ser desenvolvido na prevenção de agravos, na manutenção e na promoção da saúde, pois modifica comportamentos e hábitos quando o aprendiz é motivado, receptivo e possui prontidão de aprender (Bastable, 2010).

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

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

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



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

Com base na Figura 1, considera-se o ensino dos profissionais de saúde, na aprendizagem da pessoa idosa, sistematizado ao ser operacionalizado por APIA, como promotor do cuidado em saúde. Embora haja mudanças fisiológicas e cognitivas no processo de envelhecimento, existe a premissa de que há também a habilidade da pessoa idosa em aprender, sendo necessário considerar as suas particularidades como o ritmo, a quantidade e a qualidade das informações e orientações.

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

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

Assim, objetiva-se descrever o ensino e a aprendizagem no atendimento geriátrico-gerontológico na promoção da educação em saúde à pessoa idosa, com vistas a responder à seguinte questão pesquisa: quais são as possibilidades do ensino e da aprendizagem, no atendimento geriátrico-gerontológico, promoverem a educação em saúde para a pessoa idosa?

## **Materiais e Métodos**

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

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

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

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

Após a realização da entrevista, a observação sistemática e a validação pelos participantes, foi construída a sistematização da aprendizagem e do ensino como a dimensão educativa integrante da avaliação multidisciplinar do modelo multidimensional da saúde à pessoa idosa na reorganização do seu cuidado no cotidiano.

O estudo foi desenvolvido em Laboratório de Prática, localizado no interior do estado do Rio Grande do Sul. Segundo Minayo (2017), as questões que envolvem a amostragem são das mais recursivas nas pesquisas qualitativas, pois há um estranhamento sobre o número da quantificação que, às vezes, parece pequeno ao olhar quantitativo.

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

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

Para o tratamento dos dados, foi utilizada a Análise do Conteúdo de Bardin (2016), um conjunto de técnicas de análise das comunicações que visa, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, a indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção e de recepção dessas mensagens. Para tanto, efetuou-se análise categórica composta pelas etapas: pré-análise, exploração do material, análise, interpretação e tratamento dos resultados obtidos. Nesse cenário, foram realizadas as descrições categóricas da investigação centrada no ensino dos profissionais de saúde e na aprendizagem da pessoa idosa no atendimento geriátrico-gerontológico.

## **Resultados e Discussão**

Ao conhecer o significado do ensino, na perspectiva da pessoa idosa e dos profissionais de saúde, considerou-se a autonomia-comunicação e a responsabilidade-confiança da relação entre os participantes, já que, em seus discursos e

práticas, comungam da necessidade de considerar a dimensão educativa na avaliação e no acompanhamento do atendimento geriátrico-gerontológico. Houve, porém, lacunas quanto à sua efetividade, desveladas no conteúdo dos discursos:

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

*“Então, a dimensão educativa seria uma educação conjunta. Qual é o enfoque que nós vamos dar? Podemos trabalhar a dimensão educativa na prevenção, promoção e tratamento, em qualquer nível, de acordo com o que o idoso apresentar e com a disponibilidade da equipe.” (PS7).*

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

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

Os participantes da pesquisa significam o ensino e a aprendizagem no atendimento geriátrico-gerontológico na promoção da educação em saúde à pessoa idosa. A dimensão educativa no atendimento geriátrico e gerontológico é entendida como um meio estruturante da promoção de saúde, porque estimula e ajuda os idosos a se organizarem em um ambiente de cuidado em saúde no cotidiano, com respeito às influências e às características do envelhecimento individual e do contexto social:

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

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

Segundo Marpeau (2002), a educação insere-se na ordem de um processo e não de um procedimento da aprendizagem. Concebida como práxis, coloca o sujeito no centro das elaborações que lhe dizem respeito; logo, não se pode eliminar a complexidade do vivo, nem pode ser pensada ou deduzida da aplicação de procedimentos. Por meio da aplicação de um método ou da reprodução de um procedimento, a pessoa não pode compreender as condições do seu sucesso, sendo, portanto, preciso compreender o processo.

Todavia, podem-se utilizar os procedimentos de aprendizagens, mas não generalizar o indivíduo, pois este é singular, vinculado à sua realidade. Sob esse viés, há uma transição dos discursos para a sistematização da dimensão educativa na realidade investigada, pois foi unânime quanto à sua importância e quanto ao desvelamento de seus elementos que a constituíram no desenvolvimento da aprendizagem-ensino, em que se percebeu uma contradição do que é necessário para o que é efetivo e afetivo.

Destaca-se que há uma contradição entre o discurso e a prática, pois na realidade investigada durante a observação, embora houvesse o desejo de efetiva integração interdisciplinar com a convivência e com a partilha de saberes, não há reflexo dessa organização dialógica entre os profissionais de saúde. É preciso repensar acerca dos espaços de discussão entre membros da equipe e criar redes de acolhimento dentro do sistema de atendimento geriátrico-gerontológico.

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

*“Eu acho que os profissionais precisam estar capacitados para lidar com situação que o idoso apresenta que são cada vez maiores. E o que eu percebo é uma grande dificuldade de diálogo com a equipe. Precisa-se de uma educação continuada com relação a isto, as pessoas.” (PS2).*

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

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

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

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

Nesse sentido, ao analisar as mediações do ensino e da aprendizagem em suas relações, com o escopo de aprender a reorganizar o seu cuidado no cotidiano, considera-se que há, então, uma lacuna na efetividade, tornando-a uma possibilidade, ou seja, um devir a construção da dimensão educativa, no atendimento geriátrico-gerontológico. Ainda, percebem-se as suas influências nas contradições dos discursos que se configuram entre os participantes do estudo relatado:



*“Eu acho que os profissionais de saúde precisam de maneira integrada pensar em desenvolver um plano educativo que consiga atender o idoso dentro do seu contexto social, dentro do seu cotidiano, para que consigam identificar as necessidades de cada idoso. Muitos profissionais não conseguem verificar o que o indivíduo tem de maior dificuldade, porque muitos profissionais não conseguem verificar o idoso dentro da sua casa, quais são as maiores limitações que ele vai ter. Então, existem profissionais de saúde que nem procuram saber do contexto do idoso, enfim, como ele vive e nem trabalham em equipe.” (PS7).*

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

Diante dessa visão, o ensino e a aprendizagem no atendimento geriátrico-gerontológico na promoção da educação em saúde à pessoa idosa foram considerados em sua complexidade como uma transição possível do que se pensa e discursa para a realidade do atendimento efetuado, conforme referência:

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

Em Spirduso (2005), o envelhecimento é visto como uma experiência individual, uma vez que as pessoas diferem não somente em suas características e comportamentos, mas também na maneira como elas mudam no decorrer do tempo. É válido destacar que a qualidade de vida do idoso não depende apenas de sua idade, mas também da atitude das pessoas que o cercam, isto é, da estrutura emocional proporcionada a ele.

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

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

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

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

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

É neste cenário que se compreende a dimensão educativa, não como uma realidade, mas como uma estratégia possível de ser operacionalizada no atendimento geriátrico-gerontológico, com efetividade pela equipe de saúde, pois possui como condicionante o diálogo entre os profissionais. Estes, por sua vez, esbarram nas múltiplas ações do cotidiano profissional e também na perda do desejo da pessoa idosa pelo serviço de saúde complementar:

*“A neurociência demonstra que o idoso é capaz de aprender, sim. A pessoa idosa pode apresentar algumas dificuldades, mas com certeza o aprendizado é possível, agora ensinar os cuidados geriátrico-gerontológicos ao idoso de maneira sistematizada é um desafio para a equipe, porque, primeiro, temos que dispor de tempo; e outra, como eu mencionei anteriormente; se o idoso não compreender seu papel no processo, será um desafio. Sempre é um desafio educar as pessoas para mudança de hábitos, sobre o modo de ver as coisas, ainda mais quando o idoso não visualiza, de forma clara, seu papel na intervenção (PS1).*

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

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

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

*“Depende do tipo de condução educativa para com cada idoso. No caso de um comprometimento cognitivo ou mais leve, nós realizamos um direcionamento; esta abordagem nós temos que considerar: que o idoso poderá ter perda de memória ou uma deficiência de aprendizagem e que isto irá interferir no processo da educação. Então, mais tardiamente, quem será educada será a família e não propriamente o idoso. Nós vamos necessitar desta rede de apoio.”* (PS6).

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

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

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

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

Miranda, *et al.* (2015) consideram que a realidade, no entanto, mostra que a maior parte da responsabilidade com o idoso ainda recai sobre a família, normalmente sobre um membro do gênero feminino, que se torna cuidador informal do parente idoso e que não recebe orientações, nem possui uma estrutura eficaz para prestar cuidados efetivos ao idoso.

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

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

*“Muitas vezes o idoso tem um grau de dificuldade. Além disso, muitas vezes, tem toda a questão de preconceito do idoso que está recebendo uma educação de alguém, mais jovem, se a vida inteira ele fez higiene, de uma forma x, por que que, agora, uma pessoa que tem um quinto da idade dele, está ensinando que é diferente. Aí volta ao bom-senso de não impor, de não dizer que está fazendo errado, de negociar, de estimular.*

*Nunca chegamos dizendo que o idoso não aprendeu, que não ficou com o cuidado que ele fez. Fizemos o reforço positivo. Nós damos ênfase para as coisas boas, porque, ao incentivar, estimular o idoso, realmente conseguimos ver os resultados positivos, mas é difícil, não é fácil.” (PS2).*

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

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

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

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

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

*“Precisa também saber que conhecimentos eles têm já na avaliação, para poder fazer um diálogo, uma troca, assim, sempre pensar a nossa prática, de que forma a gente vai poder estar colocando a questão da educação, se a gente parar e não ver isto como importante fica somente naquele*

*automatismo, no tecnicismo, não se consegue trazer à sociedade a nossa contribuição técnica, acho que isto é importante a gente se avaliar.” (PS7).*

Reticena, Piolli, Carreira, Marcon e Sales (2015) consideram que, apesar da valorização conferida às ações educativas, elas precisam ser mais efetivas. Isso também foi identificado em um estudo, no qual os participantes demonstraram necessitar de mais esclarecimentos sobre a doença e seu tratamento, o que pode ocorrer por meio do fortalecimento de ações da equipe de saúde.

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

Considera-se, então, a aprendizagem da pessoa idosa identificada no ensino como um processo de ação interdisciplinar, da avaliação ao acompanhamento geriátrico-gerontológico do modelo multidimensional, na promoção da funcionalidade e do bem-estar no ambiente cotidiano, de maneira conjugada com as suas necessidades.

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

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

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

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

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

Sob este contexto, a dimensão educativa pode ser visualizada como possibilidade de ampliar as interações e associações da aprendizagem-ensino dos profissionais de saúde, no cuidado em suas práticas, saberes, discursos e ações com um processo que ultrapassa o tecnicismo do atendimento geriátrico-gerontológico, conforme relata:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

*“Não me perguntam outras coisas além do diabetes; sinto a necessidade de saber mais sobre a perda da urina. Não sei se posso fazer cirurgia. Para operar, não pode ter doença. Eu uso absorvente. Não tomo mais tanto mate, antes de sair de casa, porque escapa, às vezes, mais urina que o normal.” (PI3).*



Segundo Mallmann, Galindo Neto, Sousa e Vasconcelos. (2015), é importante focalizar nas práticas de educação em saúde, na independência, na autonomia e na satisfação da vida dos idosos, e considerar as alterações que ocorrem com o processo de envelhecimento. Para tanto, os espaços de educação utilizam o diálogo como aspecto fundamental para o alcance da promoção da saúde.

A dimensão educativa no modelo multidimensional é complexa, e suas relações, mediações e contradições articulam-se com as dificuldades do processo de envelhecimento, relacionadas ao comportamento que se modifica com o envelhecer. Contudo, é preciso que o estímulo direcionado seja possível de ser sistematizado para a reorganização do cuidado no cotidiano em valorização à essência e à existência da pessoa idosa, consoante a fala:

*“Para se elaborar algo integrado aqui, é preciso principalmente dialogar em equipe e compreender, como eu já havia mencionado antes, compreender como ocorre o processo de envelhecimento, porque, se eu não entendo, eu corro o risco de ter algumas exigências em relação a esta pessoa idosa ou mesmo esperar algumas coisas destas pessoas que, possivelmente, eu não tenha. Então, há muitos profissionais que estão preparados e muitos, não. Estão em diferentes níveis, independente da profissão, inclusive cuidadores que trabalham com pessoas idosas em instituições de longa permanência, por exemplo, eu vejo que há um déficit muito grande. Não somente eles; profissionais de nível superior também.”*  
(PS3).

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

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

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

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

*“O ideal seria pelo menos um ponto de referência entre cada um dos cursos que envolve os idosos, porque você tendo uma referência da odonto, enfermagem, nutrição e das demais áreas, você já sabe a quem buscar para, então, formar um grupo interdisciplinar. Só que para um grupo realmente se operacionalizar, mais uma vez voltamos a falar da questão de ter tempo hábil para isto. Com uma equipe atuando quem sabe com uma clínica ampliada multiprofissional na atenção integral à saúde do idoso seria perfeito! Você conseguir levar, atender em conjunto, por exemplo, com atrofia muscular, dificuldade com relação a alimentação, cuidados. Descobrir o porquê que, destas alterações ou dificuldades muitas vezes psicológicas ou patológicas e as dificuldades de conhecimento.” (PS2).*

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

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

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

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

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

*“Eu entendo que o estudo é inovador, ao fazermos esta nova dimensão teremos um melhor suporte educacional. Na minha opinião é algo único; acredito que vale investir no estudo, pois possui potencial para ter validade;*

*a educação com o idoso em equipe multidisciplinar ainda não é uma realidade, aqui em Santa Maria, mas é possível.” (PS3).*

As dificuldades no processo da construção da dimensão educativa no modelo multidimensional à saúde do idoso relacionam-se com a disponibilidade de gestão laboral e com as facilidades de ampliar as reais associações da aprendizagem da pessoa idosa no ensino dos profissionais de saúde, tendo em vista a reorganização do cuidado no cotidiano, em garantia à funcionalidade e à manutenção das ABVDs (Atividades Básicas de Vida Diária). É o que restou evidenciado nos relatos:

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

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

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

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

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

Assim, o ensino e a aprendizagem no atendimento geriátrico-gerontológico, na promoção da educação em saúde à pessoa idosa, confirmou-se no enunciado, segundo o qual os processos de ensino e aprendizagem da pessoa idosa, pela sua necessidade, promovem a dimensão educativa, inserindo, na avaliação multidimensional, a promoção da saúde do idoso. Todavia, ampliar as interações e associações do atendimento geriátrico efetivo desvela-se como uma possibilidade de melhora na qualidade, no cuidado e na reorganização do cotidiano da pessoa idosa.

### **Considerações finais**

Ao descrever o ensino e a aprendizagem no atendimento geriátrico-gerontológico na promoção da educação em saúde à pessoa idosa, foram verificados os componentes, aspectos e elementos inter-relacionais do cuidado com o ensino da pessoa idosa. Com isso, foi possível notar a necessidade de repensar a complexidade das aprendizagens da pessoa idosa, ao longo de sua vida em seu cotidiano, pois ensinar é recriar estratégias coletivas, em respeito à autonomia, às práticas, aos saberes e aos discursos, em comunhão com as diversas áreas do conhecimento geriátrico-gerontológico.

O ensino dos profissionais de saúde na aprendizagem da pessoa idosa, no atendimento geriátrico-gerontológico, é fator constituinte da dimensão educativa, que se alia à avaliação multidimensional, sendo capaz de proporcionar a reorganização do cotidiano e a manutenção das ABVDs, ou seja, do cuidado e do autocuidado com a saúde, funcionalidade e bem-estar. Ainda, cabe salientar que os profissionais de saúde assumem socialmente a condição de educadores ao ensinarem a aquisição de novas aprendizagens que integram os valores humanos da pessoa idosa no seu cotidiano.

Desvelou-se, então, o problema de pesquisa ao descrever os processos de ensino e de aprendizagem nos discursos dos participantes, por meios dos quais se percebeu que a dimensão educativa não é efetivada, o que a torna uma possibilidade, ou seja, uma realidade possível de ser construída.

Por fim, destaca-se que esta pesquisa mostrou algumas limitações no que diz respeito à necessidade de se configurar a aplicabilidade de um instrumento sistematizado para o levantamento das necessidades de aprendizagem da pessoa idosa, elaborado em equipe interdisciplinar para o ensino no atendimento geriátrico-gerontológico. Nesse sentido, reforça-se o desafio de operacionalizar a dimensão educativa nas intervenções no cuidado em saúde da pessoa idosa, na promoção da sua vitalidade.

## Referências

- Bardin, L. (2016). *Análise de conteúdo*. (3ª ed.). Lisboa, Portugal: Edições 70.
- Bastable, S. B. (2010). *O Enfermeiro como Educador: princípios de ensino-aprendizagem para a prática de enfermagem*. (3ª ed.). Porto Alegre, RS: Artmed.
- Brandão, A. F. (2008). *Estado nutricional e características socioeconômicas e demográficas de idosos institucionalizados na cidade do Rio Grande, RS*. Rio Grande, RS: Universidade Federal de Rio Grande, RS.
- Dias, F. A., Gama, Z., & Tavares, D. (2017). Atenção primária à saúde do idoso: modelo conceitual de enfermagem. *Cogitare Enfermagem*, 22(3). Recuperado em 15 janeiro, 2018, de: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/53224>.
- França, I. S. X. de, Leite Medeiros, F. D. A., Stélio de Sousa, F., Santos Baptista, R., Silva Coura, A., & Queiroga Souto, R. (2011). Condições referidas de saúde e grau de incapacidade funcional em idosos. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, 12(2), 333-341. Recuperado em 15 janeiro, 2018, de: <https://www.redalyc.org/pdf/3240/324027975018.pdf>.
- Haguette, T. M. F. (1992). *Metodologias qualitativas na sociologia*. (3ª ed.). Petrópolis, RJ: Vozes.
- Lucena, A. L. R. D., Freitas, F. F. Q., Vieira, K. F. L., & Matos, S. D. D. O. (2016). Ensinando e aprendendo com idosos: relato de experiência. *Rev. Pesqui. Cuid. Fundam.*, 8(2), 4131-4141. Recuperado em 15 janeiro, 2018, de: DOI: 10.9789/2175-5361.

- Lüdke, M., & André, M. (1986). *Pesquisa em educação: abordagens qualitativas*. São Paulo, SP: EPU.
- Mallmann, D. G., Galindo Neto, N. M., Sousa, J. D. C., & Vasconcelos, E. M. R. D. (2015). Educação em saúde como principal alternativa para promover a saúde do idoso. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20, 1763-1772. Recuperado em 15 janeiro, 2018, de: DOI: 10.1590/1413-81232015206.02382014.
- Marpeau, J. (2002). *O processo educativo: A construção da pessoa como sujeito responsável por seus atos*. Porto Alegre, RS: ArtMED.
- Minayo, M. C. S. (2017). Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. São Paulo, SP: *Revista Pesquisa Qualitativa*, 5(7), 1-12. Recuperado em 15 janeiro, 2018, de: [https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4111455/mod\\_resource/content/1/Minayosaturacao.pdf](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4111455/mod_resource/content/1/Minayosaturacao.pdf).
- Miranda, A. C. de C., Sérgio, S. R., Fonseca, G. N. S., Coelho, S. M. C., Rodrigues, J. S., Cardoso, C. L., & Cassiano, J. G. (2015). Avaliação da presença de cuidador familiar de idosos com déficits cognitivo e funcional residentes em Belo Horizonte, MG. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 18(1), 141-150. Recuperado em 15 janeiro, 2018, de: <http://dx.doi.org/10.1590/1809-9823.2015.13173>.
- Moraes, E. N., & Moraes, F. L. (2016). *Coleção Guia de Bolso em Geriatria e Gerontologia: Avaliação multidimensional do Idoso*. (5ª ed.). Belo Horizonte, MG: Folium.
- Nicolato, F. V., do Couto, A. M., & de Castro, E. A. B. (2016). Capacidade de autocuidado de idosos atendidos pela consulta de enfermagem na atenção secundária à saúde. *Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro*, 6(2). Recuperado em 15 janeiro, 2018, de: <http://dx.doi.org/10.19175/recom.v6i2.1016>.
- Potter, P. A., & Perry, A. G. (2015). *Fundamentos de Enfermagem*. (8ª ed.). Rio de Janeiro, RJ: Elsevier,
- Rega, P. (1993). A model aproch for patient education. *Medsurg Nurs*, 2(6), 477-479. Recuperado em 15 janeiro, 2018, de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8261000>.
- Reticena, K. D. O., Piolli, K. C., Carreira, L., Marcon, S. S., & Sales, C. A. (2015). Percepção de idosos acerca das atividades desenvolvidas no hiperdia. *Revista Mineira de Enfermagem*, 19(2), 107-119. Recuperado em 15 janeiro, 2018, de: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1009>.
- Sacristán, J. G., Gómez, Á. I. P., Rodríguez, J. B. M., Santomé, J. T., Rasco, F. A., & Méndez, J. M. Á. (2011). *Educar por competências: o que há de novo?* Porto Alegre, RS: Artmed.
- Silva, J. V. (2009). *Saúde do Idoso: processo de envelhecimento sob múltiplos aspectos*. São Paulo, SP: Iátria.
- Spirduso, W. W. (2005). *Dimensões físicas do envelhecimento*. São Paulo, SP: Manole.

Recebido em 15/01/2019

Aceito em 30/05/2019

**Maria Helena Gehlen** – Doutoranda do Curso de Ciências da Saúde-Interdisciplinar. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0003-3232-255X>.

E-mail: [gehlenmh@gmail.com](mailto:gehlenmh@gmail.com)

**Claus Dieter Stobaus** – Professor-Doutor. Orientador do Programa de Estudos de Ciências da Saúde-Interdisciplinar. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0002-5426-7742>.

E-mail: [stobaus@pucrs.br](mailto:stobaus@pucrs.br)

---

\* O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001 / This study was financed in part by the Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Finance Code 001.