

## **PERCURSO CUIDATIVO-EDUCATIVO DIALÓGICO SOBRE ENVELHECIMENTO ATIVO COM PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Célia Maria Gomes Labegalini<sup>1</sup> 

Iara Sescon Nogueira<sup>1</sup>

Karina Silveira de Almeida Hammerschmidt<sup>2</sup>

André Estevam Jaques<sup>1</sup>

Lígia Carreira<sup>1</sup>

Vanessa Denardi Antoniassi Baldissera<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universidade Estadual de Maringá. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Maringá, Paraná, Brasil.

<sup>2</sup>Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.

### **RESUMO**

**Objetivo:** desvelar saberes e práticas sobre envelhecimento ativo a partir da proposta educativo-cuidativo dialógica com profissionais da Estratégia Saúde da Família.

**Método:** pesquisa convergente assistencial desenvolvida com profissionais da Estratégia Saúde da Família, em um município do Norte Central do Paraná-Brasil. Os dados foram coletados por meio de entrevista com 14 profissionais com duração média de 12 minutos seguida de Círculo de Cultura com quatro profissionais e duração de 59 minutos, seguindo as etapas educativas do mesmo, a saber: investigação, tematização e desvelamento. As premissas da dialogicidade de Freire foram utilizadas como referencial teórico.

**Resultados:** os dados demonstram que os profissionais têm: concepções diversas sobre o envelhecer; distintas formas de conceituar o envelhecimento ativo e escassez de sistematização para o cuidado ao idoso robusto. Esses achados foram a base para o delineamento educativo dialógico que permitiu transformar e construir novos saberes sobre a temática.

**Conclusão:** o percurso cuidativo-educativo dialógico permitiu a definição coletiva sobre envelhecimento e a compreensão sobre o envelhecer ativo, possibilitando assim, avançar para a promoção do cuidado integral ao idoso. A abordagem de pesquisa convergente assistencial apresenta-se como eficaz para estudos de cunho educativo dialógico pela inserção no contexto de estudo e construção coletiva pautada na realidade.

**DESCRITORES:** Saúde do idoso. Envelhecimento. Saúde da família. Educação continuada. Atenção primária à saúde.

**COMO CITAR:** Labegalini CMG, Nogueira IS, Hammerschmidt KSA, Jaques AE, Carreira L, Baldissera VDA. Percurso cuidativo-educativo dialógico sobre envelhecimento ativo com profissionais da estratégia saúde da família. Texto Contexto Enferm [Internet]. 2020 [acesso MÊS ANO DIA]; 29:e20180235. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE2-2018-0235>

# EDUCATIONAL AND CARE-RELATED DIALOGICAL PATHWAY ON ACTIVE AGING WITH FAMILY HEALTH STRATEGY PROFESSIONALS

## ABSTRACT

**Objective:** to disclose knowledge and practices related to active aging based on the educational and care-related dialogical proposal with professionals from the Family Health Strategy.

**Method:** a convergent care research developed with professionals from the Family Health Strategy, in a municipality in the Central North area of Paraná-Brazil. Data was collected through interviews with 14 professionals with an average duration of 12 minutes followed by a Culture Circle with four professionals and a duration of 59 minutes, following the educational stages of the same, namely: investigation, thematization and disclosure. The premises of Freire's dialogicity were used as a theoretical framework.

**Results:** the data show that professionals have different conceptions about aging, distinct ways of conceptualizing active aging, and scarcity of systematization for the care of the robust elderly. These findings were the basis for the dialogical educational design that allowed to transform and build new knowledge on the theme.

**Conclusion:** the educational and care-related dialogical pathway allowed the collective definition of aging and the understanding of active aging, thus making it possible to advance towards the promotion of comprehensive care for the elderly. The convergent care research approach is shown to be effective for studies of an educational dialogic nature due to its insertion in the context of study and collective construction based on reality.

**DESCRIPTORS:** Health of the elderly. Aging. Family health. Continuing Education. Primary health care.

## ITINERARIO EDUCATIVO Y DIÁLOGICO RELACIONADO CON LA ATENCIÓN CON RESPECTO AL ENVEJECIMIENTO ACTIVO CON PROFESIONALES DE LA ESTRATEGIA DE SALUD DE LA FAMILIA

### RESUMEN

**Objetivo:** revelar saberes y prácticas sobre el envejecimiento activo a partir de la propuesta dialógica educativa/de atención con profesionales de la Estrategia de Salud de la Familia.

**Método:** investigación convergente asistencial desarrollada con profesionales de la Estrategia de Salud de la Familia en un municipio del área centro-norte de Paraná-Brasil. Los datos se recolectaron por medio de entrevistas de 12 minutos de duración media con 14 profesionales, seguidas por un Círculo de Cultura de 59 minutos de duración con cuatro profesionales, para luego seguir con las etapas educativas del mismo, a saber: investigación, tematización y revelación. Como referencial teórico se utilizaron las premisas de la dialogicidad de Freire.

**Resultados:** los datos demuestran que los profesionales tienen diversas concepciones sobre el envejecimiento, distintas formas de conceptualizar el envejecimiento activo y escasa capacidad de sistematización para cuidar al anciano robusto. Estos hallazgos fueron la base para el delineamiento educativo dialógico que permitió transformar y construir nuevos saberes sobre la temática.

**Conclusión:** el itinerario dialógico educativo y relacionado con la atención permitió definir el envejecimiento en forma colectiva y comprender el envejecimiento activo, posibilitando así el avance en la promoción del cuidado integral a los ancianos. El enfoque de la investigación convergente asistencial se presenta como un medio eficaz para estudios de tinte educativo y dialógico con su inserción en el contexto del estudio y la construcción colectiva pautada en la realidad.

**DESCRIPTORES:** Salud de los ancianos. Envejecimiento. Salud de la familia. Educación continua. Atención primaria de la salud.

## INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é um fato demográfico marcante desse século em razão do aumento da expectativa de vida e da diminuição da taxa de natalidade, cujos indicadores foram alterados pelas influências sociais, econômicas e de acesso à saúde. A repercussão é que os idosos estão envelhecendo mais e com mais qualidade de vida.<sup>1-2</sup>

Entretanto, a transformação demográfica não foi acompanhada pelos serviços de saúde que, mesmo adotando a Estratégia Saúde da Família (ESF) como norteadora da Atenção Primária à Saúde (APS), ainda mantêm a lógica assistencial direcionada para a cura e a reabilitação do paciente, com investimento incipiente em ações de prevenção de doenças e promoção da saúde da população idosa.<sup>3</sup>

Para redefinir as práticas de saúde à população idosa, medidas nacionais e internacionais foram tomadas a exemplo das estratégias que impactam nos determinantes do Envelhecimento Ativo nos quais o setor da Saúde está inserido.<sup>4</sup>

Cabe destacar que Envelhecimento Ativo é um conceito que supera o de envelhecimento saudável, por sua maior abrangência pautada nos princípios de independência, participação, dignidade, assistência e autorrealização dos idosos. Este, por sua vez, almeja otimizar o acesso à saúde e à segurança dos mesmos de forma coparticipativa, com finalidade de melhorar a qualidade de vida.<sup>4</sup>

Na direção do acesso e organização dos serviços e ações de saúde à população idosa, o Estado do Paraná/Brasil, no ano de 2017, definiu a Linha Guia de Cuidado aos Idosos, que prevê a avaliação multidimensional, classificação por estratificação e atenção na perspectiva de rede para os idosos frágeis ou com risco de fragilização. Ao idoso robusto, advertidamente, destinam-se atividades de controle das condições crônicas,<sup>5</sup> contudo sem a devida atenção para o envelhecimento ativo.

Somada a essa deficiência assistencial, a formação básica dos profissionais pouco inclui a saúde do idoso como prioridade, principalmente no âmbito da promoção da saúde<sup>6</sup> reforçando que as fragilidades da atenção à saúde da população recaem sobre a incorporação de ações voltadas à promoção do envelhecimento ativo, a organização do serviço de saúde para os idosos robustos e a integração com as redes intersetoriais de atenção à saúde.<sup>7</sup> Assim, as ações educativas com os profissionais fazem-se necessárias, especialmente as organizadas de forma dialógica e reflexiva,<sup>8</sup> permitindo a construção coletiva de novos saberes e fazeres em relação ao envelhecimento ativo na APS.

As atividades educativas, quanto voltadas à realidade do trabalho, podem ser descritas quanto ao percurso cuidativo-educacional,<sup>9</sup> pois a prática educativa influencia na assistência e no cuidado (caráter cuidativo), ao mesmo tempo que estimula o diálogo, a reflexão e a *práxis* (caráter educacional) dos profissionais de saúde para o envelhecimento ativo.

Dessa forma, este estudo teve como seguinte questão de pesquisa: como o percurso educativo-cuidativo dialógico sobre o envelhecimento ativo contribui para transformação de saberes e desvelamento de novas práticas na atenção ao idoso? Como objetivo, propôs-se desvelar saberes e práticas sobre envelhecimento ativo a partir da proposta educativo-cuidativo dialógica com profissionais da ESF.

## MÉTODO

Tratou-se de estudo qualitativo e delineado pela abordagem de Pesquisa Convergente Assistencial (PCA) que almejou transformar as práticas de trabalho em saúde<sup>10</sup> no que se refere à atenção ao idoso.

Participaram do estudo profissionais das distintas categorias vinculados à ESF e Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF), vinculados a uma das 34 Unidades Básicas de Saúde (UBS) localizadas em um município do Norte Central do Estado do Paraná-Brasil.

Diversas técnicas para coleta de dados foram utilizadas, de março de 2017 a janeiro de 2018, articuladas às fases concomitantes da PCA, apresentadas didaticamente em: concepção, instrumentalização; perscrutação; e, análise e interpretação.

Na fase de concepção; a pesquisa foi concebida pelo pesquisador em conjunto com a equipe de saúde, balizada pela realidade. Por não atuar profissionalmente no campo de estudo, a pesquisadora inseriu-se no mês de março de 2017 por oito horas semanais, no período da manhã e da tarde, em dias alternados. Por meio de observação participante e registro em diário de campo a respeito das práticas de atenção ao idoso na APS, a pesquisadora realizou visitas domiciliares com os Agentes Comunitários de Saúde (ACSs) e equipe, participou de reuniões de trabalho e discussão de casos. Assim, buscou-se conhecer a população idosa, seu acesso à APS, a assistência e o processo de trabalho da equipe, especialmente dos ACSs, de forma que permitiu reconhecer o campo, suas práticas de saúde e o delineamento do estudo ao identificar, junto à equipe, a necessidade de atuação com os idosos saudáveis a fim de manter e promover sua saúde.

Não se tratou de uma fase específica de coleta de dados, mas de definição do problema, objeto e procedimentos para a pesquisa. Assim, o estudo foi discutido na sequência com a Secretaria Municipal de Saúde do município referido, junto aos coordenadores da área de Saúde do Idoso, da Atenção Primária e da Promoção da Saúde. Nesse momento, de forma participativa com a gestão municipal, foram definidos o objeto de estudo e os demais desdobramentos metodológicos, bem como as premissas do Referencial Teórico Dialógico de Freire como norteador do estudo,<sup>8</sup> com ciência, concordância e participação ativa dos profissionais do campo de estudo.

Na fase de Instrumentalização; a coleta de dados inicial aconteceu por meio de entrevistas individuais aos profissionais da ESF e Círculo de Cultura. As entrevistas foram realizadas no período de setembro a outubro de 2017, utilizando roteiro semiestruturado elaborado pelas pesquisadoras e composto por questões de caracterização sociodemográfica e profissional. Foram incluídas questões referentes ao envelhecimento ativo e cuidado à população idosa. As entrevistas foram realizadas com todos os 14 profissionais vinculados à ESF e NASF, sendo que 11 deles foram gravadas em áudios com duração média de 12 minutos. Outras três entrevistas foram manuscritas, respeitando necessidades individuais dos participantes.

Já o Círculo de Cultura,<sup>8</sup> realizado no mês de janeiro de 2018, contou com a participação de quatro profissionais de formações distintas da equipe de ESF e foi documentado em uma gravação de áudio com duração de 59 minutos. O Círculo de Cultura, técnica grupal de coleta de dados utilizada em pesquisas voltadas para a educação e transformação da prática<sup>8</sup> foi realizado em um único encontro que versou sobre o envelhecimento ativo e cuidado aos idosos. A ação aconteceu em uma sala da referida UBS, cujo ambiente era adequado para estimular o diálogo. Destaca-se que a organização do processo de trabalho foi um complicador para a participação da totalidade dos profissionais de saúde no encontro, mesmo com flexibilidade oferecidas pelas pesquisadoras para o agendamento. Entretanto, a estratégia de validação dos achados por esses participantes na etapa que se descreve a seguir, garantiu a veracidade dos dados e configurou-se uma alternativa ao rigor científico.

A fase de perscrutação: Concomitante às fases anteriores, tratou-se do momento de organização dos dados e planejamento e desenvolvimento da ação educativa, sendo a separação foi apenas didática. Adotando um percurso educativo emancipatório, o Círculo de Cultura foi utilizado de forma articulada com as fases anteriores da pesquisa e organizado em: investigação temática, tematização e desvelamento crítico, a articulação das informações das etapas anteriores.

Por essa razão, a investigação temática iniciou-se com a imersão de campo e com os dados oriundos na entrevista (fases anteriores da PCA) que revelaram as situações-limite e os temas-geradores relativos ao envelhecimento ativo. Assim, o foco do Círculo de Cultura foi a promoção

do envelhecimento ativo por ser o silêncio epistemológico<sup>8</sup> levantado até então, no sentido do desconhecimento teórico-prático manifesto pelos participantes e de práticas hegemônicas de saúde centradas, prioritariamente, nos idosos frágeis. Essa apreensão temática foi validada pelos participantes no Círculo de Cultura.

Cabe destacar que as situações-limite se referiram às barreiras que precisavam ser rompidas,<sup>8,11</sup> de forma que o profissional transformasse o conhecimento ingênuo e incipiente sobre o envelhecer para o saber crítico superando as lacunas do saber e do fazer na atenção ao idoso, especialmente no âmbito do envelhecimento ativo.<sup>4</sup> O tema gerador, advindo das situações-limite, foram suas delimitações:<sup>8</sup> o envelhecimento ativo. Nessa etapa do Círculo de Cultura foram realizadas também a investigação metodológica do fazer educativo e da abordagem pedagógica<sup>8,11</sup> que concretizariam a atividade educativa.

Na etapa da tematização, a realidade que foi apreendida nas situações-limite e no tema gerador foi trazida para discussão grupal e elucidada por situações concretas codificadas em exemplos reais que vivenciam para serem descodificadas por um movimento dialógico em que o afastamento-aproximação teórico-prática permitisse refletir a própria prática de maneira crítica.<sup>8</sup>

A etapa do desvelamento crítico, caracterizada por Freire<sup>8</sup> como o momento que o grupo toma consciência da sua realidade, foi oportunizada pelo diálogo com os profissionais que permitiram que seus conhecimentos e práticas sobre envelhecimento ativo fossem ampliados por outras formas de saberes e fazeres em relação a saúde do idoso.

Na fase de análise e interpretação, os dados foram transcritos na íntegra pelas pesquisadoras, organizados e analisados de acordo com as premissas dialógicas de Freire.<sup>8</sup>

A pesquisa respeitou todos os preceitos éticos da Resolução 466/2012.

## RESULTADOS

Participaram do estudo todos os 14 profissionais que compõem as equipes de ESF e NASF. A maioria dos participantes da pesquisa foram mulheres (n=13), com idades variando de 24 a 51 anos (média de 38,8 anos). Em relação ao estado civil, oito são casados, cinco solteiros e um divorciado. Em relação à equipe a qual pertenciam, sete atuavam junto à ESF e sete ao NASF, sendo: dois ACSs, um enfermeiro, um médico, um técnico de enfermagem, um nutricionista, um educador físico, um fonoaudiólogo, um fisioterapeuta, um terapeuta ocupacional, um assistente social, um psicólogo, um técnico de saúde bucal e um odontólogo.

No que se refere à escolaridade, dois profissionais concluíram o ensino médio; dois o ensino técnico; um, o ensino superior; sete possuíam pós-graduação *latu-sensu* e dois, *stricto-sensu* em nível de mestrado. O tempo de trabalho na área de formação variou de três meses a 27 anos (média de 12 anos) e de atuação nas equipes ESF ou NASF de três meses a 11 anos (média de quatro anos). Quatro profissionais relataram terem recebido alguma formação para atuar no NASF ou na ESF e que essa ocorreu após a graduação. Em relação à formação para atuar na saúde do idoso, apenas um profissional relatou participar de atividades nessa temática na graduação e outros três, na pós-graduação.

Cabe destacar que os profissionais da ESF trabalham em regime de 40h semanais e os profissionais do NASF em regimes de 20h e 30h, dependendo da categoria profissional. As equipes do NASF atuam em quatro UBSs, sendo referência para sete equipes de ESF. Apenas um profissional não reside no município de estudo. Destes profissionais, quatro participaram do Círculo de Cultura, a saber: médico, enfermeiro, odontólogo e ACS.

Os dados das entrevistas permitiram elaborar três situações-limite, descritas no Quadro 1. Foram identificadas apenas essas três situações que precisavam ser superadas pelos participantes, estas são resultado da síntese dos dados aliada à validação dos participantes.

**Quadro 1 – Situações-limite e falas que as descrevem**

| Situações-limite  | Falas  |
|---|--|
| <b>Concepções diversas sobre o envelhecer</b>                     | <i>Envelhecer é um processo inevitável de declínio progressivo do corpo e da mente, que ocorre com o passar do tempo (P1).</i><br><i>Envelhecer relaciona-se com a parte biológica e é definida por lei segundo o estatuto do idoso, que define como idoso as pessoas a partir de 60 anos (P7).</i><br><i>[Envelhecer] É uma coisa bem abrangente, para mim é adquirir conhecimento e maturidade (P10).</i>  |
| <b>Distintos conceitos de envelhecimento ativo</b>                | <i>Eu entendo assim: que envelhecimento ativo é quando o idoso vai envelhecendo e passando por essas fases da vida de forma ativa, sem parar, trabalhando, fazendo suas funções e o que gosta de fazer (P3).</i><br><i>Envelhecimento ativo é ele [idoso] conseguir fazer essas coisas (P4).</i><br><i>É a pessoa que a partir dos 60 anos, possui vida ativa e parece não ter nenhum problema de saúde. Tem vida ativa e certa independência (P5).</i><br><i>Envelhecimento ativo?! É a primeira vez que eu escuto esse termo (P10).</i><br><i>Não conheço o termo [envelhecimento ativo], mas acredito que é um envelhecimento que você tem autonomia e capacidade de realizar todas as atividades do cotidiano e todas aquelas que você se propõe a realizar (P12).</i>   |
| <b>Escassez de sistematização para o cuidado ao idoso robusto</b> | <i>[O cuidado é desenvolvido] Através de grupos, consultas e visitas domiciliares, até pela equipe da própria unidade, com acolhimento, vacina, curativo e outras atividades que ela desenvolve (P2).</i><br><i>Eu vejo que possuímos foco de cuidado muito maior para o idoso mais frágil. Às vezes existem algumas ações que fazemos ao longo do ano, dentro do calendário anual, para o idoso robusto, mas vejo que acaba ficando mais para o pessoal da educação física essas atividades (P9).</i><br><i>Olhamos para a doença crônica, para a hipertensão, diabetes ou para um cuidado direto, sendo o cuidado mais presente para o idoso acamado. Eu acho que isso é uma fragilidade muito grande do serviço (P13).</i><br><i>Acabamos ofertando grupos de convivência, de ginástica e artesanato, que é nesses momentos que o idoso robusto participa, e acaba sendo uma estratégia para cuidar do idoso ativo e torná-lo saudável (P13).</i><br><i>Oferecemos grupo de convivência e durante o acolhimento orientamos bastante. Quando vamos ao domicílio orientamos sobre os cuidados que o idoso deve ter, dependendo da saúde de cada um. Se for debilitado, orientamos os cuidados, qual o cuidado deve fazer em casa, e, para os robustos, orientamos caminhar e alimentação. Se tiver alguma outra doença associada, nós orientamos também nesse sentido. As ACSs estão mais próximas do idoso, mas a equipe toda está envolvida (P7).</i> |

Os temas geradores foram elencados com base nas situações-limite e realizou-se o planejamento e a execução da atividade educativa (Quadro 2) a fim de estimular a dialogicidade, a comunhão entre os participantes e pesquisadoras, com o objetivo de transformar a realidade apreendida pelo desvelamento crítico.

A fim decodificar e descodificar os temas-geradores (Quadro 2) definiu-se os conteúdos programáticos da atividade educativa com foco na lacuna educativa existente. Os conteúdos trouxeram os elementos que os profissionais apresentaram como demandas educativas de forma desorganizada, mas que foi sistematizada pelas pesquisadoras a fim de converter, junto com os profissionais, conhecimentos ingênuos em críticos, com potencial transformador à atenção ao idoso.

Além dos conteúdos, foi imprescindível a elaboração dos objetivos educativos que nortearam a atividade educativa tomando por meta atender às demandas elencadas pelos pesquisadores e participantes acerca de novas perspectivas para o cuidado ao envelhecer. O objetivo-conteúdo-método foi organizado de forma interdependente com o conteúdo programático, sendo referência para o desenvolvimento dos objetivos e das estratégias educativas que foram utilizadas para atingi-los, sempre considerando as necessidades dos envolvidos. No Círculo de Cultura esse momento é relevante para caminhar ao desvelamento crítico no sentido de transformação de saberes.

**Quadro 2 – Organização do Círculo de Cultura**

| Investigação temática  |                                   | Codificação/ Descodificação                     |  | Desvelamento Crítico  |
|--|-----------------------------------|---|--|---|
| Situações-limite   | Temas Geradores                   | Conteúdos Programáticos                         | Objetivos da atividade   |   |
| <b>Concepções distintas e diversas sobre o envelhecer</b>          | Conceitos de envelhecimento       | Envelhecimento cronológico e fisiológico        | Compreender o conceito de envelhecimento   | Definição coletiva de envelhecimento  |
| <b>Falta de clareza quanto ao conceito de envelhecimento ativo</b> | Conceito de envelhecimento ativo  | Autonomia e independência do idoso              | Compreender o conceito de envelhecimento ativo<br>Refletir sobre o cuidado ao idoso a fim de promover o envelhecimento ativo | Compreensão do conceito de envelhecimento ativo e de estratégias de cuidado para viabilizá-lo |
| <b>Ausência de sistematização para o cuidado ao idoso robusto</b>  | Atenção integral à saúde do idoso | Atenção bio-psico-social, espiritual e cultural | Refletir sobre o cuidado integral ao idoso   | Cuidado integral ao idoso   |

O Círculo de Cultura foi realizado pautado no referencial teórico pedagógico de Freire, a saber: investigação temática, codificação e descodificação do universo temático e o desvelamento crítico. O planejamento do grupo balizou-se na compreensão da realidade e nos dados das entrevistas com o objetivo de validá-los. A atividade no Círculo de Cultura iniciou-se com a apresentação das situações-limite advindas das entrevistas e a discussão de cada uma delas.

Descobriu-se que os profissionais tinham concepções e diversas sobre o envelhecer, o que caracterizou a situação-limite 1. O conceito de envelhecimento foi debatido de forma a apreendê-lo enquanto processo permanente e progressivo, permeado pelo declínio físico e cognitivo, classificação cronológica (faixa etária), além dos conceitos corretados, cuja compreensão é indispensável para ampliar-se o foco ao idoso, estes são: senilidade e senescência, independência, autonomia e promoção da saúde. Estes conceitos foram impressos em folha de sulfite e, à medida que suas definições foram discutidas, eram colocadas ao lado da palavra correspondente, permitindo visualizar os temas. Ao apresentar as variadas concepções pelo grupo, de modo dialógico, os participantes puderam conhecer distintas visões e, em conjunto, compreender que cada uma completava e ampliava o conceito de envelhecimento das outras.

Os profissionais desvelaram que a complexidade do conceito de envelhecimento se dá pela interdependência dos níveis que o compõem, e para além deles, as condições de vida, condições econômicas, ambientais e sociais e as vivências influenciam diretamente na saúde, não sendo possível padronizá-la ou estereotipá-la. Os profissionais destacaram, ainda, que as ações de atenção primária à saúde devem adotar estratégias voltadas para a melhoria das perdas associadas ao envelhecimento em seu pleno conceito. Além de estimular a autonomia e independência do idoso, promovendo a senescência.

A situação-limite 2 versou sobre os distintos conceitos de envelhecimento ativo, sendo que alguns profissionais desconheciam o termo, outros associavam autonomia e independência sem compreender a correlação destes. Para embasar teoricamente a discussão sobre envelhecimento ativo apresentou-se ilustração com os fatores determinantes do envelhecimento ativo, a saber: cultura e gênero, sistema de saúde e serviço social, comportamentais, pessoais, ambiente físico, social e econômico. Nesse momento os profissionais apresentaram casos que acompanhavam no serviço de APS para ilustrar a discussão e clarificar a relação dos determinantes na qualidade de

vida e no cuidado dos idosos. Esse processo reflexivo, lúdico e participativo, permite transformar o conhecimento ingênuo em crítico.

O desvelamento ocorreu quando os profissionais superaram o conhecimento ingênuo, no qual associam o envelhecimento ativo somente à manutenção da capacidade física, e criticamente, o compreenderam em toda complexidade social e psicológica que o permeia; e que almeja melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas envelhecem.

A situação-limite 3 relacionou-se à escassez de sistematização para o cuidado ao idoso robusto. Para estimular e organizar a sistematização do cuidado a esse grupo, uma ACS apresentou um estudo de caso, relatando a história de uma idosa atendida pela equipe, com 90 anos e que foi classificada como robusta, segundo suas características físicas e de saúde. Em seguida, os demais profissionais foram estimulados a organizar quais seriam os pontos de atenção dos ACSs para essa idosa, sistematizando o cuidado desses profissionais durante as vistas domiciliares a fim de manter e promover a saúde dos idosos, além de identificar situações de vulnerabilidade e acionar os demais membros da equipe de ESF e NASF.

Ao considerarem o idoso como ser integral, imerso em cultura, sociedade e família, sugerindo que além dos temas biológicos, normalmente interrogados aos idosos, questiona-se também as relações entre os familiares e redes de apoio, voltando-se para a integralidade da pessoa idosa, os profissionais desvelaram a complexidade do envelhecimento e do cuidado a esse público.

O processo de trabalho voltado ao idoso robusto foi debatido e reconstruído à medida que os conceitos foram sendo clarificados e discutidos, pautados na realidade do trabalho dos participantes. Segundo os profissionais, a proposta de organizar os pontos de atenção do ACS durante as visitas aos idosos, teve por finalidades romper com a lógica hegemônica de cuidado – curativista e preventivista, de forma a consolidar as ações de APS.

## DISCUSSÃO

Os dados permitiram realizar a investigação-temática e eleger situações-limite que sinalizaram conhecimentos limitados a respeito do envelhecimento. Tal fato implica em supor que as práticas na saúde do idoso na APS são igualmente limitadas e, certamente, não há como cuidar numa perspectiva abrangente se os conhecimentos não as acompanham. A esse respeito, afirma-se que o atendimento aos idosos ainda é centrado nas queixas que eles apresentam, como foco em ações curativas que destoam das propostas do envelhecimento saudável e ativo.<sup>12-14</sup>

Os profissionais de saúde enfrentam dificuldades para atuar na atenção ao idoso, talvez devido ao despreparo durante a formação profissional no que diz respeito a essa temática, limitando as ações na APS que contemplem a senescência. A fragilidade no processo formativo influencia negativamente a assistência prestada ao idoso, nesse ínterim as ações educativas que foram desempenhadas no estudo apresentaram-se essenciais para transformar as práticas no âmbito da saúde do idoso.<sup>12,14-15</sup>

Nesse contexto, o cuidado ao idoso ainda é tema novo na formação dos profissionais de saúde, dificultando elencar os atributos para o desenvolvimento de competências profissionais para atuação na saúde do idoso, especialmente com uma abordagem que garanta atenção biológica, psicológica, social e cultural à população idosa.<sup>6</sup>

As situações-limite e os temas geradores foram elencados com base nas falas dos participantes e serviram de norteadores para todo o processo educativo, enquanto este, por sua vez deu-se de forma coletiva, corroborando os anseios e a realidade dos envolvidos.

Destaca-se que os conteúdos programáticos e os objetivos foram as estratégias pedagógicas utilizadas para sistematizar a codificação e descodificação. A atividade educativa foi estruturada para debater o envelhecimento ativo e o processo de trabalho e de cuidado aos idosos, codificando saberes e práticas e descodificando quando profissionais e equipe, em conjunto, compreenderam



as lacunas que envolvem suas ações e concepções acerca do envelhecimento. Salienta-se que este processo deu-se principalmente no Círculo de Cultura, pois o momento dialógico permitiu o ensinar e o aprender, considerados unidade educativa, sociopolítica e formativa indissociável, viabilizados pela relação entre as pessoas e suas realidades.<sup>16</sup>

O Círculo de Cultura foi momento de encontro e comunhão entre pesquisadores e profissionais com uma abordagem horizontal que permitiu dar voz a todos os profissionais envolvidos no cuidado, independente da categoria profissional, para que esses pronunciassem sua realidade em torno da saúde do idoso de forma a problematizar e dar significado a mesma, a fim de criá-la e recriá-la, de transformá-la.<sup>8,17</sup> Nesse contexto, o pesquisador tem o papel de mediador entre o mundo empírico e o científico, assim ele deve estimular os participantes a compreender sua própria realidade e estimulá-los a conhecer novas formas de realizar ações.<sup>8,10</sup>

Ressalta-se que as entrevistas também podem ser consideradas momentos reflexivos, por estimular os profissionais a pensarem sobre temas e ângulos, por vezes ainda não discutidos e refletidos, e mesmo que realizadas de forma individual, podem estimular a transformação de práticas, ao assumir forte compromisso social e emancipador.<sup>18</sup>

Os homens têm potencial transformador, mas se alienados pelas forças hegemônicas, política, cultura e trabalho, não conseguem romper com as amarras relacionadas ao envelhecimento enquanto doença e o olhar biologicista. Dessa forma, ficam impedidos de recriar a forma de se trabalhar e atuar junto ao envelhecimento ativo, e por isso, momentos de reflexão e diálogo coletivo,<sup>8,11</sup> como esta atividade educativa, são imprescindíveis para transformar o processo de trabalho e a assistência prestada a população idosa.

Conhecer as situações-limite e organizar as estratégias educativas dialógicas pautadas nas mesmas, permitiu aos profissionais compreenderem as lacunas de seus conhecimentos acerca do envelhecimento ativo, bem como expressar seus sentimentos de angústia e frustração pelo processo de trabalho na atenção primária não priorizar o idoso e a promoção da saúde. Em conjunto foi possível transformar seus saberes, compreendendo o ser humano idoso e a necessidade de novas práticas de saúde na atenção ao idoso.

A fim de complementar as discussões, temas afins emergiram no Círculo de Cultura, como a senescência (processo de envelhecer natural e saudável, sem alteração nas necessidades básicas de vida diária) e a senilidade (envelhecimento associado às condições crônicas e incapacidades funcionais),<sup>7,19</sup> sendo o segundo, ainda mais associado ao processo de envelhecer pelos participantes do estudo.

Nesse íterim, também se destacaram os termos autonomia e independência. Desvelou-se que autonomia se refere à “habilidade de controlar, lidar e tomar decisões pessoais sobre como se deve viver diariamente, de acordo com suas próprias regras e preferências”<sup>4:14</sup> e independência é “entendida como a habilidade de executar funções relacionadas à vida diária - isto é, a capacidade de viver independentemente na comunidade com alguma ou nenhuma ajuda de outros”<sup>4:14</sup>. Os profissionais equivocadamente os consideravam como sinônimos ou apenas os limitavam à capacidade física, após as discussões sobre os mesmos, correlacionando-os à saúde do idoso desvelou-se que a capacidade do idoso de decidir sobre algo deve ser mantida e estimulada para o seu bem-estar, sinalizando a relevância da dialogicidade para a superação de saberes.

Ainda, o termo qualidade de vida foi discutido pelos profissionais e compreendido em sua complexidade e individualidade,<sup>4</sup> por isso, segundo os participantes do estudo, dar voz aos idosos é essencial para compreender seus anseios e expectativas além de proporcionar cuidado integral e promotor da saúde. O conceito refere-se à posição social e familiar que o idoso ocupa e sua percepção sobre ela, para isso, novamente os profissionais destacaram que a atuação frente a

família é necessária, corroborando a importância de espaços de discussão para apreender novas concepções e reordenar práticas.

Caracterizar, conceituar e debater as palavras e a forma de compreendê-las não somente por seu conceito, mas na interação com o outro e com a realidade de assistência ao idoso foram a base do Círculo de Cultura realizado. Nesse movimento dialógico de refletir conceitos e ações, balizados nos conhecimentos e práticas dos pesquisadores e dos participantes, a *práxis* freiriana pôde ser visualizada, e a reconceitualização coletiva e crítica permitiu o alinhamento das práticas de cuidado da equipe de saúde,<sup>8,17</sup> para o do envelhecimento ativo e a recriação de concepções.

Os conceitos diferentes a respeito do envelhecimento ativo, inicialmente identificados por esse estudo, podem estar atrelados às vivências individuais e a construções sociais ultrapassadas de que idosos são dependentes fisicamente, estas que foram ressignificadas pela descodificação. Estes conceitos supracitados restringem o olhar negativo em relação ao idoso, dificultando a proposição de estratégias de cuidado inovadoras e promotoras da saúde.<sup>19-20</sup>

A ilustração com todos os determinantes do envelhecimento ativo<sup>4</sup> no processo educativo foi importante por sistematizar os fatores envolvidos e propiciar o debate entre os profissionais sobre a atual atenção ao idoso, além de demonstrar como ocorrem as articulações com os demais determinantes, em especial os serviços de assistência social e os ambientes do território. Trazendo também o relato de como fizeram parcerias e desenvolveram ações na APS, desvelaram que, embora tímidos, os mesmos realizam ações que promovem a qualidade de vida e o envelhecimento ativo. A associação entre os fatos vivenciados pelos profissionais e o conteúdo educativo,<sup>16</sup> por meio da problematização dos casos atendidos pela própria equipe, permitiu o aprendizado significativo e a aplicabilidade ao mesmo.

Apreendeu-se que o processo de sistematizar o cuidado ao idoso pela equipe era pautado apenas nas condições crônicas. O fato da discussão ter sido organizada a partir de um caso atendido pela equipe de saúde foi estratégica para inserir a realidade na atividade educativa e problematizar o atendimento sob novas abordagens e formas de realizá-lo.<sup>17</sup>

Assim, os problemas de saúde associados às condições crônicas podem ser prevenidos ou retardados quando a equipe de saúde envolve a integralidade do cuidado e identificação precoce das alterações biopsicossociais,<sup>21-24</sup> como desvelado na discussão de caso que ocorreu durante a atividade educativa. As práticas educativas, conduzidas pelo diálogo, contribuíram para a compreensão ampliada da realidade, conforme foi inserida na cultura e vivências dos profissionais, tornando-os críticos e ativos na construção de novas práticas na saúde do idoso.<sup>16</sup>

Para a efetividade do cuidado, os serviços devem acompanhar as mudanças de gênero, tecnológicas, demográficas e econômicas e aproveitá-las para criar oportunidades de cuidado nunca antes disponíveis.<sup>19</sup> Destaca-se que o envelhecimento demográfico brasileiro é fato, mas não se deve associá-lo com inatividade, incapacidade e dependência.<sup>7,23-25</sup>

Por fim, as políticas públicas devem ser estruturadas alinhando os diferentes determinantes do envelhecimento ativo, de forma a considerar as diferentes trajetórias das pessoas e o lado positivo do envelhecimento, rompendo com as barreiras que limitam a participação social e as contribuições dos idosos em sociedade.<sup>19,23</sup>

Destaca-se que os idosos não demandariam gastos excessivos aos serviços de saúde se as políticas e ações de saúde públicas fossem voltadas às especificidades desse público, substituindo a lógica curativista por justiça social, segurança e conforto.<sup>19,24</sup> Ações de saúde não podem ser considerados gastos e sim, investimento na vida e nas pessoas.<sup>19</sup>

Assim, o desvelamento crítico possibilitou aos profissionais romperem com o pensar ingênuo e biologicista, ampliando a compreensão da complexidade do cuidado ao idoso. Por considerar essa população em sua subjetividade, imersa em um mundo com vivências e práticas, a formulação de

novas estratégias de cuidado agregou um potencial transformador e humanizador que foi construído no fazer profissional pelo seu (re)conhecimento crítico,<sup>8,17</sup> inaugurando uma prática cuidativo-educativa dos profissionais envolvidos.

A dialogicidade como essência da educação libertadora permeou o processo de construção cuidativo-educativo e permitiu o desvelar de novas formas de cuidado e trabalho em saúde.<sup>8</sup> A educação dos profissionais de saúde impactam no cuidado, pois ao cuidar, o profissional educa o outro e a si mesmo por meio da *práxis* (ação-reflexão-ação), e o oposto também ocorre: ao educar, o profissional realiza o cuidar, que é aprimorado pela reflexão constante, nesse ínterim se constroem as atividades cuidativo-educativas, como apresentadas na pesquisa em tela.

A atividade de cunho dialógico contribuiu para a transformação do saber e do fazer em saúde, por ter sido realizada com os profissionais que vivenciam a prática, valorizando suas diferentes impressões, desafios, anseios, esperanças e desesperanças, no âmbito da saúde do idoso.<sup>8</sup> A dialogicidade é representada pelo diálogo, fenômeno humano viabilizado por meio de palavras autênticas, escolhidas por meio da ação e reflexão do seu mundo, que apresentam a realidade e a vida das pessoas,<sup>8,17</sup> conforme apresentado neste estudo.

O diálogo, conduzido pelas situações-limite, permitiu a transformação de saberes e o estímulo a alteração dos fazeres na saúde do idoso, sinalizando como uma ferramenta capaz de alinhar concepções, aproximar pessoas e construir novas práticas, pela horizontalidade nas ações, por acreditar e valorizar os homens e por trazer à tona novas formas de olhar e atuar sobre o fenômeno pesquisado.<sup>8</sup>

O presente estudo apresenta limitações em relação ao número de participantes no Círculo de Cultura, fato que ocorreu pela inflexibilidade da gestão em garantir momentos de discussão para os profissionais de saúde, ainda entendidos como secundários ao atendimento da demanda.

## CONCLUSÃO

O percurso cuidativo-educativo dialógico sobre envelhecimento ativo desenvolvido com os profissionais de saúde da APS se deu no Círculo de Cultura como etapa da PCA. Seus passos foram imprescindíveis para conhecer/codificar o mundo dos participantes no que se refere à saúde do idoso e debater/descodificar sobre o cuidado realizado por eles, além de desvelar novos olhares, saberes e fazeres nesse âmbito para sistematizar o cuidado prestado aos idosos robustos.

O conhecimento ingênuo, expresso nas situações-limite, versaram acerca dos conceitos incipientes de envelhecimento, diversidade de conceitos sobre o envelhecimento ativo e escassez de sistematização para o cuidado ao idoso. Por meio do diálogo e reflexões, transformaram-se em conhecimento crítico acerca da complexidade que envolve a saúde do idoso e da necessidade de ações para a manutenção da qualidade de vida, independência, autonomia e promoção da saúde dos idosos, delineando o caráter educativo-cuidativo dos espaços de diálogos profissionais.

O estudo contribui para a saúde do idoso ao inserir o tema na pauta de pesquisas em saúde coletiva por estimular os profissionais a pensarem e refletirem sobre suas ações nesse contexto. Contribui, ainda, para a Enfermagem e demais profissões da área da Saúde, ao aprimorar os conhecimentos que abarcam a atenção ao idoso na APS, além de fortalecer as práticas educativas em saúde e o potencial transformador dos envolvidos na assistência.

A abordagem de PCA apresentou-se como eficaz para estudos de cunho educativo dialógico a partir da imersão no contexto de estudo e do processo de construção coletivo pautado na realidade, permitindo assim, transformá-la, além de fomentar espaços de educação permanente em saúde.

## REFERÊNCIAS

1. Matos M, Bernardes SF, Goubert L, Beyers W. Buffer or amplifier? longitudinal effects of social support for functional autonomy/dependence on older adults' chronic pain experiences. *Heal Psychol* [Internet]. 2017 Dez [acesso 2018 Mar 12];36(12):1195-206. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1037/hea0000512>.
2. Cardoso TFP, Martins MMFPD, Monteiro MCD. Community care unit and elderly health promotion: an intervention program. *Rev Enferm Ref* [Internet]. 2017 Abr-Jun [acesso 2018 Mar 12];4(13):103-14. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.12707/RIV16071>.
3. Andrade IA, A Moreira JC, Martins LC, Guimarães CP. Elderly health training for UBS Citrolândia's community health workers in Betim-MG: report of an extensionist practice. *Sinapse Múltipla* [Internet]. 2017 Dez [acesso 2018 Mar 12];6(2):267-72. Disponível em: <http://periodicos.pucminas.br/index.php/sinapsemultipla/article/view/16506/12698>
4. WHO. World Health Organization. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília, DF(BR): Organização Pan-Americana da Saúde; 2005.
5. Paraná. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Superintendência de Atenção à Saúde. Linha guia da saúde do idoso. Curitiba, PR(BR): SESA; 2017.
6. Silva JPX, Brito NS, Leite TRC, Maia ER, Machado MFAS, Lopes MSV. Professionalism in the teaching of the elderly health care during nursing graduation. *Rev Rene* [Internet]. 2017 Set-Out [acesso 2018 Mar 1];18(5):623-30. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.15253/2175-6783.2017000500009>.
7. Placideli N, Castanheira ERL, Dias A, Silva PA, Carrapato JLF, Sanine PR, et al. Evaluation of comprehensive care for older adults in primary care services. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2020 [acesso 2020 Fev 14];54:06. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054001370>
8. Freire P. *Pedagogia do Oprimido*. 50a ed. São Paulo, SP(BR): Paz e Terra; 2011.
9. Nietzsche EA, Teixeira E, Medeiros HP O. Care-educational technologies: a possibility for the empowerment of the nurse? Porto Alegre, RS(BR): Moriá; 2014.
10. Trentini M, Paim L, Silva DMGV. *Pesquisa convergente assistencial - PCA: delineamento provocador de mudanças nas práticas de saúde*. 3a ed. Porto Alegre, RS(BR): Moriá; 2014.
11. Heidemann ITSB, Dalmolin IS, Rumor PCF, Cypriano CC, Costa MFBNA, Durand MK. Reflections on Paulo Freire's research itinerary: contributions to health. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2017 [acesso 2018 Mar 10];26(4):e0680017. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017000680017>.
12. Miranda GMD, Mendes ACG, Silva ALA. Population aging in Brazil: current and future social challenges and consequences. *Rev Bras Geriatr Gerontol* [Internet]. 2016 [acesso 2018 Mar 1];19(3):507-19. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/1809-98232016019.150140>
13. Mendes R, Pezzato LM, Sacardo DP. Research and intervention in the promotion of health: methodological challenges of researching "with". *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2016 Jun [acesso 2018 Mar 10];21(6):1737-45. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015216.07392016>
14. Costa NRCD, Aguiar MIF de, Rolim ILTP, Rabelo PPC, Oliveira DLA, Barbosa YC. Health policy for elderly people: perception of professionals about its implementation in Primary care. *Rev Pesq Saúde* [Internet]. 2015 Mai-Ago [acesso 2018 Mar 10];16(2):95-101. Disponível em: <http://www.periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/revistahuufma/article/view/4239/2270>
15. MacielKS, Santos SMA. The nursing process in family health strategy and the care for the elderly. *Texto Contexto Enferm* [Internet] 2015 Jan-Fev [acesso 2018 Mar 10]; 24(1):105-11. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/0104-07072015000680013>

16. Libâneo JC. Didática. São Paulo, SP(BR): Cortez; 2017.
17. Rozendo CA, Salas S, Cameron B. Problematizing in nursing education: Freire's contribution to transformative practice. *Nurse Educ Today* [Internet]. 2017 Abr [acesso 2018 Abr 10];51:120-3. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2016.08.009>.
18. Fraser MTD, Gondim SMG. Da fala do outro ao texto negociado: discussões sobre a entrevista na pesquisa qualitativa. *Paidéia* [Internet]. 2004 [acesso 2018 Abr 10];14(28):139-52. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/paideia/v14n28/04.pdf>
19. Ilha S, Argenta C, Silva MRS, Cezar-Vaz MR, Pelzer MT, Backes DS. Active aging: necessary reflections for nurse/health professionals. *J Res: Fundam Care Online* [Internet] 2016 Abr-Jun [acesso 2018 Abr 10];8(2):4231-42. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2016.v8i2.4231-4242>
20. Silva KM, Vicente FR, Santos SMA. Consulta de enfermagem ao idoso na atenção primária à saúde: revisão integrativa da literatura. *Rev Bras Geriatr e Gerontol* [Internet] 2014 [acesso 2018 Abr 10];17(3):681-7. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/1809-9823.2014.12108>
21. Muellmann S, Bragina I, Voelcker-Rehage C, Rost E, Lippke S, Meyer J, et al. Development and evaluation of two web- based interventions for the promotion of physical activity in older adults: study protocol for a community-based controlled 8 intervention trial. *BMC Public Health* [Internet] 2017 Mai [acesso 2018 Abr 10];17:512. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1186/s12889-017-4446-x>
22. Zubala A, MacGillivray S, Frost H, Kroll T, Skelton DA, Gavine A, et al. Promotion of physical activity interventions for community dwelling older adults: A systematic review of reviews. *PLoS One*. [Internet] 2017 [acesso 2018 Apr 10];12(7):e0180902. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0180902>
23. Silveira BC, Kirchner RM, Dallepiane LB. Relation between sociodemographic and anthropometric Indicators and physical activity of elderly men and women. *Rev ciência cuidado e saude*. [Internet] 2018 [acesso 2018 Mai 10];17(1):1-8. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.4025/ciencucuidaude.v17i1.36650>
24. Techera MP, Ferreira AH, Sosa CL, Marco NV, Muñoz LA. Meanings attributed to active and healthy aging to a group of elderly people living in community. *Texto Contexto Enferm*. [Internet] 2017 [acesso 2018 Abr 10];26(3):e17500016. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017001750016>
25. World Health Organization. Abstract: Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde. Genebra (CH): WHO; 2015.

## **NOTAS**

### **ORIGEM DO ARTIGO**

Extraído da tese - Construção participativa de roteiro de visita domiciliar gerontológica: uma estratégia de Educação Permanente em Saúde, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Estadual de Maringá, em 2019.

### **CONTRIBUIÇÃO DE AUTORIA**

Concepção do estudo: Labegalini CMG, Baldissera VDA.

Coleta de dados: Labegalini CMG, Nogueira IS.

Análise e interpretação dos dados: Labegalini CMG, Baldissera VDA.

Discussão dos resultados: Labegalini CMG, Nogueira IS, Hammerschmidt KSA, Jaques AE, Carreira L, Baldissera VDA.

Redação e/ou revisão crítica do conteúdo: Labegalini CMG, Nogueira IS, Hammerschmidt KSA, Jaques AE, Carreira L, Baldissera VDA.

Revisão e aprovação final da versão final: Labegalini CMG, Nogueira IS, Hammerschmidt KSA, Jaques AE, Carreira L, Baldissera VDA.

### **AGRADECIMENTO**

A Secretaria Municipal de Saúde de Maringá pelo apoio e parceria na realização do estudo.

### **FINANCIAMENTO**

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), Código de Financiamento 001.

### **APROVAÇÃO DE COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**

Aprovado no Comitê Permanente de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá, parecer n. 954.350/2017, Certificado de apresentação para apreciação ética CAAE: 37457414.6.0000.0104.

### **CONFLITO DE INTERESSES**

Não há conflito de interesses.

### **HISTÓRICO**

Recebido: 22 de junho de 2018.

Aprovado: 29 de outubro de 2018.

### **AUTOR CORRESPONDENTE**

Célia Maria Gomes Labegalini  
celia-labegalini-@hotmail.com