



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS - UFAM
UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ - UEPA
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE MANAUS - EEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO ACADÊMICO ASSOCIADO EM ENFERMAGEM UEPA-UFAM**



ALEXANDRE DE SOUZA VIEIRA

**PRODUÇÃO E VALIDAÇÃO DE TECNOLOGIA CUIDATIVO - EDUCACIONAL
SOBRE CUIDADOS NA PREVENÇÃO DE TRAUMAS NA PESSOA IDOSA NO
CONTEXTO DOMICILIAR**

**Manaus
2017**

ALEXANDRE DE SOUZA VIEIRA

**PRODUÇÃO E VALIDAÇÃO DE TECNOLOGIA CUIDATIVO - EDUCACIONAL
SOBRE CUIDADOS NA PREVENÇÃO DE TRAUMAS NA PESSOA IDOSA NO
CONTEXTO DOMICILIAR**

Projeto apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Amazonas em ampla associação com a Universidade Estadual do Pará, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem, área de concentração Educação e Tecnologia de enfermagem para o cuidado em saúde e indivíduos e grupos sociais.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Ana Paula Pessoa de Oliveira

Co-orientadora: Prof^a. Dr^a. Arinete Vêras Fontes Esteves

**Manaus
2017**

Ficha Catalográfica

Ficha catalográfica elaborada automaticamente de acordo com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

V658p Vieira, Alexandre de Souza
Produção e validação de tecnologia cuidativo- educacional sobre cuidados na prevenção de traumas na pessoa idosa no contexto domiciliar. / Alexandre de Souza Vieira. 2017
178 f.: il. color; 31 cm.

Orientador: Ana Paula Pessoa de Oliveira
Coorientador: Arinete Vêras Fontes Esteves
Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Amazonas.

1. Saúde do Idoso. 2. Tecnologia Cuidativo - Educacional. 3. Cuidado. 4. Prevenção de Traumas. 5. Domicílio. I. Oliveira, Ana Paula Pessoa de II. Universidade Federal do Amazonas III. Título

ALEXANDRE DE SOUZA VIEIRA

PRODUÇÃO E VALIDAÇÃO DE UMA TECNOLOGIA CUIDATIVO EDUCACIONAL
SOBRE CUIDADOS NA PRREVENÇÃO DE TRAUMAS NA PESSOA IDOSA NO
CONTEXTO DOMICILIAR

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem da
Universidade Federal do Amazonas em ampla associação com a Universidade
Estadual do Pará para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.
Aprovado em 26/10/2017.

BANCA EXAMINADORA



Profª Drª Ana Paula Pessoa de Oliveira
Presidente Universidade Federal do Amazonas



Profª Drª Elizabeth Teixeira – Membro Externo
Universidade do Estado do Rio de Janeiro



Profª Drª Gilsirene Scantelbury de Almeida
Universidade Federal do Amazonas

A Deus, autor e consumidor da minha fé, que em sua infinita misericórdia, nos momentos mais difíceis desta caminhada me tomou no colo, me deu forças, consolando nos momentos de fragilidades me fazendo olhar a frente e acreditar que era possível acreditar nessa conquista, o que me fez crer ainda mais no seu cuidado e infinito amor por mim.

A Jesus Cristo, que morreu por meus pecados, ressuscitou e vivo está! Aleluia!!

Às pessoas idosas que apesar de sua contribuição social, são por vezes privadas de seus direitos sociais e de saúde, bem como idosos, vítimas de traumas.

AGRADECIMENTOS

A **Deus** pela saúde e por tantas coisas que me concedeu para vencer esta etapa.

A minha mãe **Isa de Souza Vieira** por forjar em mim o caráter ilibado.

Ao meu pai **Almir Pereira Vieira** (*in memoriam*), por me ensinar os princípios da honestidade.

A minha esposa **Ariana Mendes Lima Vieira** por ser meu alicerce e meu porto seguro, me incentivando a todo instante. Amo você!

Ao meu filho **Alexandre Mendes de Souza**, que em sua inocência dizia sempre "já vai estudar papai".

As minhas tias e tios: **Islândia e Israel, Adriana** e seus familiares que investiram tempo de oração por mim durante esta caminhada.

À minha orientadora Professora **Dra. Ana Paula Pessoa de Oliveira** pela sua dedicação e compreensão neste processo.

À minha co-orientadora Professora **Dra. Arinete Vêras Fontes Esteves** por sempre me atender quando solicitada.

Aos **meus colegas** do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/ UFAM (PPGENF/UFAM) pelo convívio salutar nestes dois anos.

Aos **Professores da Escola de Enfermagem da UFAM**, que compreenderam as dificuldades por mim enfrentadas durante esse processo e que direta ou indiretamente ajudaram a tornar este caminho mais tranquilo.

À Direção da Escola de Enfermagem de Manaus na pessoa da **Dra. Nair Chase**

À **Dra. Rizioléia Marina Pinheiro Pina** pela amizade sincera de longos anos e incentivo na minha formação.

À colega enfermeira **Diandra Coutinho** pelo apoio durante a caminhada.

A minha amiga **Enfermeira Débora Miranda**, pelo apoio e incentivo durante este longo caminho.

Ao Professor **Dr. Luiz Cerquinho** e Professora **Dra. Noeli das Neves Toledo** por suas primorosas contribuições durante suas participações na banca de qualificação.

Ao **PROASI** e seus **idosos** pela receptividade e tão caloroso acolhimento e por sua contribuição tão valiosa na construção deste estudo.

Ao **PROADI** Programa de Atenção Domiciliar ao Idoso da SEMSA, por permitir que eu pudesse participar e acompanhar as visitas domiciliares aos idosos.

Ao **corpo administrativo da EEM/UFAM** pelo apoio.

A todos que contribuíram de forma direta ou indireta na concretização dessa conquista.

Ao **Amazonas**, à cidade de **Manaus** pelo acolhimento há 16 anos, que me proporcionou crescimento em todas as áreas da vida.

Serei eternamente grato!!

“Combati o bom combate, acabei a carreira, guardei a fé. Desde agora, a coroa da justiça me está guardada, a qual o Senhor, justo juiz, me dará naquele dia; e não somente a mim, mas também a todos os que amarem a sua vinda”.

2 Timóteo 4:7,8

VIEIRA, Alexandre de Souza. **Produção e validação de tecnologia educacional sobre cuidados na prevenção de traumas na pessoa idosa no contexto domiciliar**. 2017. 181f. Dissertação (Mestrado)- Escola de Enfermagem de Manaus, Universidade Estadual do Pará-UEPA e Universidade Federal do Amazonas-UFAM, Manaus, 2017.

RESUMO

O estudo teve como objetivo produzir e validar uma Tecnologia Cuidativo-Educacional, do tipo cartilha, sobre prevenção do trauma em pessoas idosas no contexto domiciliar. Trata-se de um estudo de abordagem quantitativa, A etapa de produção se deu a partir do levantamento das evidências científicas por meio de uma Revisão Integrativa da Literatura (RIL) e a etapa de validação aconteceu com a participação de 13 juízes especialistas, 9 da área da saúde e 4 de outras áreas responsáveis de avaliar o conteúdo do construto da cartilha e a participação de 5 pessoas idosas e 5 familiares cadastrados no Programa de Atenção a Saúde do Idoso (PROASI), que avaliaram a parte semântica da tecnologia. Esses participantes responderam um questionário de avaliação com perguntas fechadas, com espaço para sugestões e comentários. Para análise estatística foram considerados validados os itens que obtiveram nas respostas, concordância maior ou igual a 70% entre juízes-especialistas e público-alvo. Ao final, estabeleceu-se o Índice de Validade de Conteúdo (IVC) devendo ser igual ou superior a 80%. Para análise estatística descritiva dos dados foi utilizado o programa estatístico SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 16. A cartilha versou sobre a ocorrência dos mecanismos do trauma mais comuns em pessoas idosas e seus respectivos cuidados preventivos no contexto domiciliar relacionado a quedas, queimaduras e ferimentos. No que se refere à análise quantitativa, os resultados mostram a validação da cartilha pelos juízes especialistas com índice de validade de conteúdo IVC = 92,53% e índice de concordância pelas pessoas idosas IC = 98,18%;e dos familiares IC = 97,20%, reforçando a concepção da validação da cartilha em todos os seus aspectos. A análise das sugestões e comentários dos juízes-especialistas gerou três focos temáticos: a cartilha e suas finalidades; estruturação e legibilidade textual, diagramação e avaliação geral. . Deseja-se que a cartilha aqui produzida e validada possa despertar o interesse dos órgãos de Saúde Pública para sua confecção, distribuição e utilização, sem ônus, nas unidades básicas de saúde, Estratégia de Saúde da Família, organizações e entidades ligadas a gerontologia e geriatria em prol da elevação da qualidade de vida da pessoa idosa, especialmente as amazônicas.

Descritores: Saúde do idoso. Tecnologia Cuidativo-Educacional. Cuidado. Prevenção de traumas. Domicílio.

VIEIRA, Alexandre de Souza. **Production and validation of educational technology on care related to the prevention of trauma in the elderly in home context.** 2017. 181f. Dissertation (Master degree) - School of Nursing of Manaus, State University of Pará-UEPA and Federal University of Amazonas-UFAM, Manaus, 2017.

ABSTRACT

The objective of this study was to produce and validate a Care-Educational Technology, a booklet type, on the prevention of trauma in the elderly in the home context. This is a quantitative approach. The production stage was based on the scientific evidence gathered through an Integrative Literature Review (RIL) and the validation stage was carried out with the participation of 13 specialist judges, 9 health area and 4 other areas responsible for evaluating the content of the booklet construct and the participation of 5 elderly people and 5 family members enrolled in the Health Care Program of the Elderly (PROASI), who evaluated the semantic part of the technology. These participants answered an evaluation questionnaire with closed questions, with room for suggestions and comments. For statistical analysis, the items that were obtained in the answers were considered validated, a concordance greater than or equal to 70% between expert judges and target audiences. At the end, the content validity index (IVC) was established and should be equal to or greater than 80%. Statistical Package for the Social Sciences, version 16, was used for statistical descriptive analysis of the data. The primer was about the occurrence of the most common trauma mechanisms in elderly people and their respective preventive care in the home context related to falls, burns and personal injury. Regarding the quantitative analysis, the results show the validation of the booklet by the expert judges with content validity index IVC = 92.53% and concordance index by elderly people CI = 98.18% and of the relatives CI = 97,20%, reinforcing the design of validation of the primer in all its aspects. The analysis of the suggestions and comments of the expert judges generated three thematic focuses: the booklet and its purposes; structuration and textual readability, layout and general evaluation. . It is hoped that the booklet produced and validated here may arouse the interest of the Public Health organs for their preparation, distribution and use, free of charge, in the basic health units, Family Health Strategy, organizations and entities related to gerontology and geriatrics in favor of raising the quality of life of the elderly person, especially the Amazonian ones.

Keywords: Elderly health. Educational – Care Technology. Caution. Prevention of trauma. Residence

VIEIRA, Alexandre de Souza. **Producción y validación de tecnología educativa sobre cuidados en la prevención de traumas en la persona anciana en el contexto domiciliar**. 2017. 181f. Disertación (Maestría) - Escuela de Enfermería de Manaus, Universidad Estatal de Pará-UEPA y Universidad Federal del Amazonas-UFAM, Manaus, 2017.

RESUMEN

El estudio tuvo como objetivo producir y validar una Tecnología Cuidativo-Educativa, del tipo cartilla, sobre prevención del trauma en personas ancianas en el contexto domiciliar. Se trata de un estudio de abordaje cuantitativo, La etapa de producción se dio a partir del levantamiento de las evidencias científicas por medio de una Revisión Integrativa de la Literatura (RIL) y la etapa de validación tuvo lugar con la participación de 13 jueces especialistas, 9 de la. el área de la salud y 4 de otras áreas responsables de evaluar el contenido del constructo de la cartilla y la participación de 5 personas mayores y 5 familiares registrados en el Programa de Atención a la Salud del Anciano (PROASI), que evaluaron la parte semántica de la tecnología. Estos participantes respondieron un cuestionario de evaluación con preguntas cerradas, con espacio para sugerencias y comentarios. Para el análisis estadístico se consideraron validados los ítems que obtuvieron en las respuestas, concordancia mayor o igual al 70% entre jueces-especialistas y público objetivo. Al final, se estableció el Índice de Validez de Contenido (IVC) debiendo ser igual o superior al 80%. Para el análisis estadístico descriptivo de los datos se utilizó el programa estadístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versión 16. La cartilla versó sobre la ocurrencia de los mecanismos del trauma más comunes en personas ancianas y sus respectivos cuidados preventivos en el contexto domiciliario relacionado a caídas, quemaduras y lesiones. En lo que se refiere al análisis cuantitativo, los resultados muestran la validación de la cartilla por los jueces especialistas con índice de validez de contenido IVC = 92,53% e índice de concordancia por las personas mayores IC = 98,18%, y de los familiares IC = 97 , El 20%, reforzando la concepción de la validación de la cartilla en todos sus aspectos. El análisis de las sugerencias y comentarios de los jueces-expertos generó tres focos temáticos: la cartilla y sus finalidades; estructuración y legibilidad textual, diagramación y evaluación general. . Se pretende que la cartilla aquí producida y validada pueda despertar el interés de los órganos de Salud Pública para su confección, distribución y utilización, sin cargo, en las unidades básicas de salud, Estrategia de Salud de la Familia, organizaciones y entidades ligadas a la gerontología y geriatría en pro de la elevación de la calidad de vida de la persona anciana, especialmente las amazónicas.

Descriptores: Salud del anciano. Tecnología Cuidativo-Educativa. Cuidado. Prevención de traumas. Domicilio.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Fluxograma do caminho metodológico da pesquisa	42
Figura 2 - Fluxograma da elaboração da RIL	43
Figura 3 - Fluxograma do processo de validação da cartilha pelos juízes especialistas	50
Figura 4 - Fluxograma da validação da cartilha pelo público-alvo	51
Figura 5 - Fluxograma de publicações científicas selecionadas para análise quantitativa da RIL	63

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Critérios de seleção para a composição do comitê de validação para juízes especialistas das áreas de saúde	48
Quadro 2 - Critérios de seleção para composição do comitê de validação para juízes especialistas que não são da área da saúde	48
Quadro 3 - Perfil dos juízes especialistas da área da saúde.....	75
Quadro 4 - Perfil dos juízes de outras áreas	78
Quadro 5 - Perfil das pessoas idosas e seus familiares	79
Quadro 6 - Eixo 1 – Avaliação da cartilha quanto as suas finalidades.	104
Quadro 7 - Eixo 2 – Estruturação, legibilidade textual e diagramação	105
Quadro 8 - Eixo 3 – Relevância e comentários gerais da cartilha	107
Quadro 9 - Demonstração de algumas modificações dos juízes especialistas.	108

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Artigos pesquisados de acordo com título, ano de publicação, autores, país do estudo, natureza do estudo, base de dados, objetivo geral e descritores	64
Tabela 2 - Estratégias de prevenção evidenciadas nos artigos citados nas publicações levantadas pela RIL	66
Tabela 3 - Distribuição dos escores obtidos pela avaliação dos juízes especialistas, segundo objetivos, estrutura, apresentação e relevância e o percentual calculado de cada item nos 3 blocos.....	81
Tabela 4 - Distribuição dos escores e percentuais de consenso das respostas obtidas dos juízes especialistas em cada item segundo objetivos do bloco 1.....	82
Tabela 5 - Distribuição dos escores e percentual de consenso das respostas obtidas no bloco 2 dos juízes especialistas em cada item, segundo estrutura e apresentação bloco 2	84
Tabela 6 - Distribuição dos escores e percentual de consenso das respostas obtidas no bloco 3 dos juízes especialistas, em cada item, segundo a relevância	88
Tabela 7 - Distribuição dos escores e percentual de concordância obtidos pela avaliação das pessoas idosas, segundo objetivos, estrutura, apresentação e relevância e o percentual calculado de cada item nos 5 blocos	89
Tabela 8 - Distribuição dos escores e percentual de concordância por itens obtidos pela avaliação das pessoas idosas, segundo o Bloco 1 – objetivos.....	91
Tabela 9 - Distribuição dos escores e percentual de concordância por itens obtidos pela avaliação das pessoas idosas, segundo o Bloco 2 - organização ..	92
Tabela 10 - Distribuição dos escores e percentual de concordância por itens obtidos pela avaliação das pessoas idosas, segundo o Bloco 3 – estilo de escrita	93
Tabela 11 - Distribuição dos escores e percentual de concordância por itens obtidos pela avaliação das pessoas idosas, segundo o Bloco 4 – aparência.....	94
Tabela 12 - Distribuição dos escores e percentual de concordância por itens obtidos pela avaliação pelas pessoas idosas, segundo o Bloco 5 – motivação	95
Tabela 13 - Distribuição dos escores e percentual de concordância obtidos pela avaliação dos familiares, segundo objetivos, estrutura, apresentação e relevância e o percentual calculado de cada item nos 3 blocos	96
Tabela 14 - Distribuição dos escores e percentual de concordância por itens obtidos pela avaliação dos familiares, segundo o Bloco 1 – objetivos ...	98
Tabela 15 - Distribuição dos escores e percentual de concordância por itens obtidos pela avaliação dos familiares, segundo o Bloco 2 - organização	99

Tabela 16 - Distribuição dos escores e percentual de concordância por itens obtidos pela avaliação dos familiares, segundo o Bloco 3 – estilo de escrita.....	100
Tabela 17 - Distribuição dos escores e percentual de concordância por itens obtidos pela avaliação dos familiares, segundo o Bloco 4 – aparência	101
Tabela 18 - Distribuição dos escores e percentual de concordância por itens obtidos pela avaliação dos familiares, segundo o Bloco 5 – motivação	101

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CEP	Comitê de ética em Pesquisa
CID 10	Classificação Internacional de Doenças
CTQ	Centro de Referência de Tratamento de Queimados
DATASUS	Departamento de Informática de Sistema Único de Saúde
DCNT's	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
EEM	Escola de Enfermagem de Manaus
ESF	Estratégia Saúde da Família
HUEC	Hospital Universitário Evangélico de Curitiba
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IVC	Índice de Validade de Conteúdo
Lillacs	Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
Medline	Medical Literature Analysis and Retrieval System online
PDF	Portable Document Format
PNAD	Pesquisa Nacional de Amostras de Domicílios
PNSPI	Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
PPGENF	Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
PROADI	Programa de atendimento domiciliar ao idoso
PROASI	Programa de Atenção à Saúde do idoso
PROEXTI	Pró-Reitoria de Extensão
RIL	Revisão Integrativa da Literatura
SEMSA	Secretaria Municipal de Saúde de Manaus
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TE	tecnologias educacionais
UEPA	Universidade Estadual do Pará
UFAM	Universidade Federal do Amazonas

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	18
OBJETIVOS	23
2.1 Geral.....	23
2.2 Específicos.....	23
REFERENCIAL TEÓRICO	25
3.1 Envelhecimento e Traumas	25
3.2 A educação em saúde, família e prevenção do trauma em pessoas idasas	33
3.3 A tecnologia educacional para cuidados	36
CAMINHO METODOLÓGICO	42
4.1 Tipo de estudo	42
4.2 Juízes e público-alvo participando da validação da cartilha	47
4.3 A Coleta de dados no processo de validação da cartilha	49
4.4 Análise dos dados	51
4.5 Locais do estudo	53
4.6 Considerações éticas	54
4.7 Riscos e benefícios da pesquisa.....	54
4.7.1 <i>Dos riscos</i>	54
4.7.2 <i>Dos benefícios</i>	55
RESULTADOS E DISCUSSÃO	57
5.1 Primeira Etapa.....	57
5.1.1 <i>A RIL: Artigo de Revisão</i>	57
5.1.2 <i>A Produção da Cartilha: organização e diagramação</i>	72
5.2 Segunda Etapa: A validação da cartilha	73
5.2.1 <i>Validação dos juízes especialistas - Perfil e resultados</i>	73
5.2.2 <i>Validação pelo Público Alvo - Perfil e resultados</i>	78
5.2.3 <i>Análise quantitativa dos resultados obtidos no julgamento da cartilha pelos juízes especialistas</i>	80
5.2.4... <i>Análise quantitativa dos resultados obtidos no julgamento da cartilha pelas pessoas idosas</i>	88
5.2.5... <i>Análise quantitativa dos resultados obtidos no julgamento da cartilha pelos familiares</i>	96
5.2.6... <i>Análise dos comentários e sugestões emitidos no processo de validação da cartilha pelos juízes especialistas</i>	103
5.2.7... <i>Versão final da cartilha</i>	113
CONSIDERAÇÕES FINAIS	142
REFERÊNCIAS	146
APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO – PÚBLICO ALVO.....	158
APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO – JUÍZES ESPECIALISTAS	161
APÊNDICE C- CARTA CONVITE PARA OS JUIZES	164

APÊNDICE D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA OS IDOSOS E FAMILIARES	165
APÊNDICE E - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA OS JUIZES.....	167
APÊNDICE F - INSTRUMENTO DE COLETA E COMPREENSÃO DOS RESULTADOS DA RIL	169
ANEXO A - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA.....	171
ANEXO B - TERMO DE ANUÊNCIA DO PROASI.....	177

INTRODUÇÃO

INTRODUÇÃO

O crescimento do número de pessoas idosas no mundo tem ocorrido de forma rápida, progressiva e irreversível, delineando um perfil demográfico novo que permite um olhar diferenciado da sociedade sobre a temática. (BRASIL, 2006; CRUZ et al., 2012).

Entretanto, apesar da conquista do viver mais, é inevitável o surgimento de alterações fisiológicas comuns ao envelhecimento, tais como: comprometimento cognitivo, diminuição da acuidade visual, alterações no equilíbrio e força muscular, além do estabelecimento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT's) comuns nas pessoas idosas (PAPALÉO NETO, 2001), dentre eles a ocorrência dos traumas.

Mediante esta perspectiva e de acordo com a normativa da Classificação Internacional de Doenças (CID 10), os traumas são oriundos de causas externas acidentais ou não, incluindo aí lesões por violência, suicídios, homicídios, atropelamentos, acidentes de trânsito, envenenamentos, queimaduras e quedas (MINAYO; SOUZA; PAULA, 2010).

Estas ocorrências, possuem relacionamento intrínseco com a modernidade, sendo mais preocupante ainda quando envolve a população idosa vitimada no âmbito intradomiciliar, interferindo na capacidade funcional, qualidade de vida ocasionando lesões graves e óbitos (SALMAZO-SILVA et al., 2012).

A ocorrência do trauma nestes indivíduos tem como principais lesões as causadas por quedas, manipulação com chama de fogo; a primeira ocasionando frequentemente traumatismo craniano e a segunda graves queimaduras (ABRANTES et al., 2013; OLIVEIRA et al., 2013).

O risco de trauma em pessoas idosas é comum, recorrente e seu tratamento dispendioso técnica e financeiramente, em função do perfil fisiológico da pessoa idosa, da gravidade das lesões e das complicações que sempre aparecem no curso terapêutico destes pacientes, que em muitos casos são admitidos em hospitais de urgência e emergência e posteriormente conduzidos a unidades de terapia intensiva pelo agravamento do quadro (LIMA; CAMPOS, 2011; OLIVEIRA et al., 2013).

Assim, faz-se necessário intervir nesta dinâmica de forma direta, prática e com apoio governamental, da família e da própria pessoa idosa.

Ao que tange a participação governamental, a Estratégia Saúde da Família (ESF), um dos braços do Sistema Único de Saúde (SUS), permite a implementação de ações relacionadas à prevenção, recuperação e promoção da saúde, minimizando os riscos de agravos envolvendo a família na atenção à pessoa idosa, sendo plenamente concebível a sua intervenção preventiva do trauma (BRASIL, 2006).

Ainda na concepção política, tendo um de seus alicerces o SUS, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), regulamentada em 2006, afirma que a família tem papel fundamental no cuidado destes indivíduos. Inclusive na prevenção do trauma em pessoas idosas no contexto domiciliar (BRASIL, 2006).

Referendando a família com o cuidar, Bellato et al. (2015) em seu estudo relacionado ao cuidado familiar em situação crônica de adoecimento, afirma que a família é cuidadora primária de seus entes queridos ao longo da vida.

É nesta perspectiva do cuidar pela família de seus integrantes, que o enfermeiro possui papel fundamental, na troca do conhecimento visando a mudança de paradigmas e condutas de risco para ocorrência de agravos entre os membros deste grupo.

Para Arruda, Moreira e Aragão (2014) em seu estudo sobre promoção da saúde e as atribuições do enfermeiro como educador na estratégia saúde da família, ao exercer seu papel, apontam que este profissional deve desenvolver atividades educativas que facilitem uma aprendizagem focando na saúde preventiva das pessoas idosas, estabelecida pela utilização uma tecnologia educacional.

Este instrumento está relacionado a questões institucionais, metodológicas e contextuais tendo a finalidade de atender às demandas individuais ou de um grupo, que intensifiquem a relação do viver e conviver, contribuindo para o cuidado em qualquer dimensão (TEIXEIRA, 2010).

Assim, as Tecnologias Educacionais são instrumentos facilitadores do processo de ensino-aprendizagem, cujo objetivo deve ser a mudança de comportamentos, ideologias e concepções, permitindo a prevenção, promoção e recuperação da saúde. É nesta perspectiva de ensino-aprendizagem que se almeja a prevenção do trauma em pessoas idosas no contexto domiciliar (BARROS et al., 2012).

Mediante estes pressupostos, o incentivo para realização deste estudo foi impulsionado pelo desempenho de práticas profissionais do pesquisador como

docente da graduação e pós-graduação de enfermagem em urgência e emergência, em hospitais que atendem politraumatizados, entre os anos de 2001 a 2015, na cidade de Manaus, estado do Amazonas, onde se pode observar empiricamente um grande número de pessoas idosas vitimadas por traumas, ocasionados no âmbito domiciliar. Este cenário causou profunda inquietação ensejando a pesquisa e a buscar uma alternativa, de forma coletiva e participativa, com os idosos e seus familiares, na busca de uma intervenção educacional prática, a qual viesse reduzir riscos de traumas no domicílio nestes indivíduos.

Diante deste interesse, pode-se observar na literatura pesquisada, que estudos envolvendo a prevenção de traumas em pessoas idosas no contexto domiciliar são escassos e pontuais. Assim, estudá-lo e propor uma tecnologia educacional voltada para a prevenção é de fundamental importância para operar mudanças no cenário das emergências de traumáticas, para com estes indivíduos.

Assim, intervir no curso deste processo torna-se desafiador quando o enfermeiro pode contribuir, por intermédio da educação em saúde, na transformação das concepções e comportamentos, participando da interação e compartilhando o conhecimento pela aproximação com o indivíduo, família e sociedade para promoção da saúde e prevenção de agravos, conforme estabelecido nas diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS).

É nesta concepção que este estudo busca a construção de uma tecnologia educativa do tipo cartilha com a participação de pessoas idosas e de seus familiares, calcado no entendimento de que ninguém melhor do que estes indivíduos para identificar as questões práticas de suas limitações e vulnerabilidades para o evento do trauma em seus *habitats*.

Mediante as prerrogativas acima dispostas, os questionamentos deste estudo estão a seguir:

Quais evidências científicas sobre os cuidados preventivos do trauma domiciliar em pessoas idosas estão disponíveis na literatura nacional e internacional necessários para a construção de uma tecnologia-cuidativo educacional?

A cartilha de cuidados preventivos de traumas domiciliares construída a partir das evidências científicas é estatisticamente validada segundo juízes especialistas e público alvo?

Nesta perspectiva, emergiu o desejo desenvolver uma pesquisa relacionada ao processo de educação em saúde sobre os cuidados preventivos de traumas em

peças idosas no contexto domiciliar, propondo a construção de uma tecnologia educacional do tipo cartilha que venha transmitir conhecimentos pertinentes a prevenção de traumas para pessoas idosas.

A importância deste estudo consiste na contribuição relacionada ao processo de prevenção de traumas comuns neste grupo populacional onde esta ocorrência tende a aumentar com o avanço da idade.

Fundamentando-se na tímida produção científica sobre o assunto, necessita-se de uma maior atenção por parte dos pesquisadores e da sociedade em relação aos aspectos preventivos nesta área, demonstrando a importância da realização de estudos relacionados a este tema, mediados por uma TE de fácil compreensão como as cartilhas educativas.

Espera-se enfim que, este estudo possa de algum modo, contribuir para agregar conhecimento científico para profissionais enfermeiros e da área de saúde, além de permitir a reflexão, discussão, contribuindo para o aprendizado acerca da necessidade atenta do olhar educacional para a prevenção de traumas em pessoas idosas no contexto domiciliar.

OBJETIVOS

OBJETIVOS

2.1 Geral

- Produzir e validar uma tecnologia cuidadoso - educacional na modalidade de cartilha, sobre cuidados domiciliares na prevenção de traumas na pessoa idosa.

2.2 Específicos

- Construir uma cartilha a partir de evidências científicas sobre cuidados preventivos aos traumas em pessoas idosas no contexto domiciliar;
- Validar a cartilha com juízes especialistas e público alvo.

REFERENCIAL TEÓRICO

REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Envelhecimento e Traumas

O avanço demográfico no quantitativo de pessoas idosas tem sido uma realidade contemporânea e mundialmente conhecida. A saber, que uma em cada nove pessoas no planeta tem idade maior ou igual a 60 anos, revelando uma significativa e importante parcela populacional (UNFPA, 2012).

Este crescimento, tem sido vivenciado por inúmeros países, independentemente do nível socioeconômico, porém, nações desenvolvidas conseguiram ao longo do tempo vislumbrar este fenômeno, preparando-se para o enfrentamento desta nova realidade de forma efetivamente antecipada e estruturada (OMS, 2005).

Visando ordenar este avanço demográfico a Organização Mundial de Saúde – OMS estabeleceu o limite classificatório de idade para a pessoa idosa, de acordo com os aspectos sociais do país de origem, sendo considerada idosa a pessoa com idade maior ou igual a 65 anos nos países desenvolvidos e em desenvolvimento como o Brasil, as com idade maior ou igual a 60 anos (OMS, 2005).

Nesta concepção, a própria OMS afirma que este fator tem um impacto importante sobre as políticas sociais e de saúde de uma nação (OMS, 2015).

Mediante esta prerrogativa de crescimento de pessoas idosas, alguns países têm merecido destaque, não só pelas políticas assistencialistas direcionadas a esta parcela da população, como também pelo quadro atual e futuro do número de pessoas idosas no mundo.

Como exemplo tem-se o Japão se destaca mundialmente pela proporção de pessoas idosas, sobre a população em geral, onde 26,7 % dos indivíduos têm idade maior ou igual a 65 anos, com perspectiva de aumento para 40% até o ano de 2025, sendo acompanhada no continente europeu, por países como Alemanha e Itália que projetam para o mesmo ano 30% a mais de pessoas idosas em seu contingente populacional (OMS, 2015).

Compartilhando da mesma experiência inerente ao crescimento de indivíduos idosos, na América Latina e do Sul, Silva et al. (2015) em seu estudo sobre trauma em idosos, afirmam que nesta região, este processo ocorre de forma célere e sobre um contexto de desigualdade social marcante. Apesar disso, Brasil e México se destacam quando a temática envolve atenção a pessoas idosas.

Sob o aspecto numérico emergente no Brasil, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em sua Pesquisa Nacional de Amostras de Domicílios (PNAD) 2012, apontou que as pessoas com mais de 60 anos somam hoje 12,6% da população brasileira, ou seja, 24,85 milhões de indivíduos, sendo que no ano de 2013, a expectativa de vida do brasileiro era de 74,9 anos passando em 2014 para 75 anos, 2 meses e 12 dias (IBGE, 2012).

Sob esta ótica de crescimento, o Brasil frente a este novo cenário demográfico, promulga então o Estatuto do Idoso, fundamentado na Constituição Federal e nas diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo critérios legais para população com idade igual ou maior que 60 anos (BRASIL, 1988; BRASIL, 1990).

Em 1º. de outubro de 2003, data de seu proclame, o Estatuto do Idoso passa então a dar garantia de direitos a estas pessoas, sem prejuízos, assegurando-lhes, por lei, prerrogativas inerentes à integridade moral, intelectual, espiritual, social e de saúde em condições de liberdade e dignidade (BRASIL, 2003).

Entretanto, apesar do avanço social conquistado, ainda havia a necessidade de aprimoramento do olhar atento na área de saúde, em função das particularidades fisiológicas que cercam o envelhecimento humano.

Com o objetivo de atender esta nova demanda na área de saúde, no ano de 2006 é criada então a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI). Alicerçada no SUS, torna-se então a responsável por estabelecer diretrizes e estratégias destinadas à atenção da saúde desta importante parcela da população, por intermédio de programas e estratégias especializadas para o setor (BRASIL, 2006).

Estes instrumentos, legalmente conquistados pelos brasileiros com mais de 60 anos, permitem o estreitamento entre o poder público, sociedade, família e pessoa idosa, em resposta ao avanço do envelhecimento populacional e sua repercussão social no Brasil.

É nesta concepção da atenção à pessoa idosa que Rodrigues e Ciozak (2012) realizaram estudo sobre os fatores de risco de traumas nestes indivíduos e afirmaram que em virtude do crescimento demográfico e das mudanças fisiológicas inerentes a este período, há uma necessidade crescente do aperfeiçoamento de ações destinadas a esta população no campo da saúde.

Entretanto, a atenção é fundamental neste período da vida humana, sendo um momento particular caracterizado por mudanças profundas de ordem física, psíquica e social na vida daqueles que o vivenciam (CARVALHO; DELANI; FERREIRA, 2014).

Neste contexto, pessoas idosas apresentam alterações fisiológicas consideradas normais para o período, entretanto, progressivas, podendo afetar a homeostasia que compromete a resistência orgânica destes indivíduos (RODRIGUES; MANTOVANI; CIOSAK, 2015).

Sobre estas alterações fisiológicas comuns em pessoas idosas, Melo, Leal e Vargas (2011), ao estudarem a internação hospitalar destes indivíduos por causas externas, comprovaram que estas pessoas podem naturalmente desenvolver fragilidade orgânica como fraqueza muscular, osteoporose, distúrbios de ordem motora, visual e postural típicas da idade.

Diante desses fatos relativos a alterações fisiológicas pertinentes ao envelhecimento humano, Serra et al. (2011), estudando pessoas idosas vitimadas de queimaduras, descreveram que em sua maioria tinham baixa acuidade visual, auditiva e diminuição dos reflexos, além de menor força física, o que ocasionava certo grau de limitação.

Ainda sobre a concepção de fragilidade e limitações pertinentes à velhice, indivíduos com mais de 60 anos tendem naturalmente a evoluir para a lentificação de movimentos corporais importantes, relacionados ao reflexo, agravados por comorbidades e suas respectivas terapêuticas que afetam o equilíbrio e a percepção ambiental (FREITAS et al., 2011).

Não obstante a idade e as condições clínicas, os idosos por possuírem diferenças fisiológicas marcantes em relação às demais pessoas, estão sujeitos a fatores de riscos inerentes a traumas como qualquer outro indivíduo, porém, as consequências resultantes da exposição a estes fatores, são mais graves ocasionando institucionalização hospitalar e até mesmo a morte (VALCARENGHI et al., 2014).

Apesar das modificações orgânicas pertinentes ao período do envelhecimento humano e sua repercussão, o prolongamento dos dias é uma conquista para os que a alcançam, representando a superação de obstáculos ocorridos no decurso da vida.

É nesta concepção de superação que Veras (2009) afirmou em seu estudo sobre o envelhecimento populacional contemporâneo, que velhice representa superar problemas de saúde. Entretanto, este processo fez emergir um novo cenário epidemiológico, o das Doenças Crônicas não Transmissíveis DCNT's, tais como: hipertensão, diabetes, doenças cerebrovasculares e nos agravos oriundos das causas externas, como traumas, causados por acidentes de trânsito, quedas, queimaduras, violência e homicídios.

Sob a ótica do entendimento das DCNT's, é considerada um problema de saúde pública nos países em desenvolvimento, devido a gravidade das lesões, elevado número de internação hospitalar, além das sequelas, interferindo na qualidade de vida da pessoa idosa, requerendo tratamentos longos, onerosos, comprometendo recursos da saúde e previdência social. Entretanto, estes agravos podem ser plenamente evitados na maioria dos casos (OPAS, 2007, SILVA et al., 2015).

Diante este cenário é importante destacar que dentre as DCNT's, as causas externas são os principais motivos causadores de óbitos no Brasil, dados estes confirmados e disponíveis no Departamento de Informática de Sistema Único de Saúde (DATASUS), ocupando a 7ª. posição de óbitos entre os indivíduos com idade maior ou igual a 60 anos, incluindo-se neste contexto os traumas (GRDEN et al., 2014). Ainda sobre este perfil epidemiológico, o Departamento de Informática do SUS (DATASUS), registrou entre os anos de 2014 e 2015, 309 mil óbitos por causas externas em idosos no Brasil. Na Região Norte ocorreram 2.793 óbitos, dos quais 462 no estado do Amazonas, sendo que 272 foram na capital Manaus (DATASUS, 2016).

Inserido nas causas externas e com grande impacto social, o trauma que significa lesão ou ferida, tem origem nos acontecimentos imprevistos, indesejáveis, violentos ou não, causados por diversos mecanismos, afetando diferentes segmentos corporais, sendo considerado uma doença e um sério problema de saúde pública no Brasil e no mundo (SBAIT, 2016).

Entretanto, a ocorrência do trauma independe da faixa etária e condição social. Estima-se que aproximadamente 5,7 milhões de pessoas já morreram por esta causa e 90% destas ocorrências ocorrem em países de baixa e média renda (FAZEL et al., 2012).

O Trauma pode ser também classificado como uma lesão de extensão, intensidade e gravidade variável, produzida por agentes externos diversos, podendo ser físicos ou químicos e de caráter acidental ou não (DADDALT; EIZERIK, 2013).

Independente da gênese e do mecanismo que resultou o trauma, sua ocorrência desencadeia danos físicos e emocionais graves em pessoas idosas (REHN; BLACKHALK. LOSSIUS, 2011).

Ainda sobre o trauma e sua ocorrência em idosos, as alterações pertinentes ao envelhecimento associadas a comorbidades e ao uso concomitante de medicamentos, são fatores de risco para o registro deste agravo neste grupo populacional, pois contribui para o acréscimo dos índices de morbimortalidade. Logo, as condições fisiológicas da pessoa idosa frente ao trauma podem repercutir de forma negativa sobre o organismo, piorando seu quadro clínico (DEGANI et al., 2014).

Entretanto, há de se estabelecer também a relação entre a vigência deste agravo com a intensa independência e autonomia com participação social de pessoas idosas contemporaneamente, o que resulta em uma maior exposição aos fatores de risco que condicionem a este agravo (CARVALHO; DELANI; FERREIRA, 2014).

Nesta perspectiva, pessoas com idade maior ou igual a 60 anos são mais vulneráveis ao trauma. A este respeito, entre os anos de 2008 a 2010 no Brasil, gastou-se aproximadamente R\$ 570.000.000 de reais com internações em hospitais públicos, de pessoas idosas vitimadas de traumas (BRASIL, 2010).

Bem verdade que esta ocorrência é comum em qualquer país. Nos Estados Unidos da América, no oeste do Estado da Virgínia, por exemplo, entre os anos de 2009 a 2014, no centro de trauma do Hospital's Jon Michael Moore, estudo realizado por Whitheman et al. (2016) demonstraram que trauma em idosos é uma causa comum de atendimento, onde 98% das lesões foram não intencionais, 60% dos idosos atendidos tinham comorbidades como hipertensão, diabetes e demência e 10% dos pacientes que tinham mais de 85 anos, faleceram. Esta afirmativa comprova a magnitude e severidade do trauma e sua repercussão orgânica na pessoa idosa.

Em se tratando de Brasil, estudo realizado no ano de 2011 com 3.112 pacientes vitimados por traumas, atendidos no Hospital Universitário Evangélico de Curitiba (HUEC), demonstra que 11,7% era de idosos vitimados por traumas

ocasionados por atropelamentos, acidentes automobilísticos, quedas e agressão física (BROSKA JÚNIOR; FOLCHINI; RUEDIGER, 2013).

O contexto do trauma físico revela um fator emergente e preocupante que tem alimentado as estatísticas deste setor - a agressão física - ocorrência comum e recorrente entre as pessoas com idade maior ou igual a 60 anos de idade, contemporaneamente.

A respeito desta temática, Luz et al. (2011) confirmaram esta ocorrência em seu estudo ao compararem os casos de traumas entre adultos mais velhos e adultos mais jovens, o qual relata que trauma também tem origem nos maus tratos sofridos por pessoas idosas.

Face a esta nova realidade, torna-se imprescindível a manutenção da independência, autonomia e qualidade de vida da pessoa idosa, assim como o seu bem-estar físico, mental e social (BRASIL, 2006).

Entretanto, é necessário compreender que grande parte dos traumas em pessoas idosas é ocasionada acidentalmente, no domicílio destas pessoas, apesar da concepção de segurança e abrigo que esta estrutura representa.

Apesar disso, estudos inerentes a traumas em pessoas idosas no contexto domiciliar, ainda são incipientes, pois, em muitos casos as vítimas são atendidas e posteriormente liberadas, não ocorrendo uma investigação detalhada sobre a história do trauma e em função disso, muitos casos são subnotificados (LUZ et al., 2011; MINAYO; SOUZA; PAULA, 2010).

As ocorrências traumáticas domiciliares são uma realidade no cotidiano da população idosa. De acordo com Rodrigues, Mantovani e Ciosak (2015), em sua pesquisa sobre riscos de traumas em idosos na cidade de Curitiba, realizada com 261 pessoas, este evento é muito comum nestes indivíduos, sendo o mecanismo do trauma mais comum, as quedas.

Reforçando tal concepção, estudo realizado por Parreira (2013), correlacionando a ocorrência de traumas em adultos jovens e mais velhos, afirmou que as quedas afetaram mais idosos do sexo feminino e a ocorrência deu-se dentro do domicílio, principalmente entre as mulheres na faixa de 70 a 79 anos, entretanto, nos homens este mecanismo acometeu indivíduos com mais de 80 anos.

No Brasil, o número de óbitos por quedas no domicílio, em pessoas com idade maior ou igual a 60 anos, no período compreendido entre 2014 e 2015, foi de

737 casos, dos quais 21 na Região Norte. Destes, 6 casos no Estado do Amazonas e 5 na capital Manaus (DATASUS, 2016).

Outro fator preocupante é quando o risco de cair também é ocasionado por fatores extrínsecos relacionados ao ambiente como, iluminação deficiente, superfície irregular, degraus altos e estreitos que dificultam a acessibilidade e o deslocamento seguro, além de tapetes soltos sem aderência ao chão (FREITAS et al., 2011).

Ainda sobre a contextualização das quedas, podem ser definidas como a falta de capacidade para corrigir em tempo o deslocamento do corpo, durante seu movimento no espaço (GUIMARÃES et al., 2004).

Outro fator sobre quedas que merece destaque, pois são descritas pela vítima ou por uma testemunha, é quando a pessoa, inadvertidamente, vai ter ao solo ou outro local em nível mais baixo do que o anteriormente ocupado, com ou sem perda de consciência e lesão, porém incapaz de corrigir o deslocamento do corpo em tempo hábil (PAPALÉO NETO, 2001).

O mecanismo do trauma inerente às quedas, pode provocar fratura, traumatismo craniano e até mesmo a morte nos casos mais graves, interferindo na qualidade de vida, independência e autonomia da pessoa idosa, contribuindo para a degeneração física e psicológica, favorecedora do medo de uma nova queda (CHIANCA et al., 2013).

Assim, o índice de quedas tende a aumentar progressivamente com a idade. No Brasil, 30% dos idosos caem pelo menos uma vez por ano e entre pessoas com idade variável de 65 a 74 anos, este índice é de 32%, aumentando progressivamente para 35% em pessoas com idade entre 75 e 84 anos e para 51%, nos indivíduos acima dos 85 anos (FREITAS et al., 2006).

Entendendo a gravidade da ocorrência deste evento, aproximadamente 50% dos idosos sofrem várias quedas ao longo da vida. 5% delas resultam em lesões graves, o que aumenta significativamente o número de reincidências por quedas e institucionalização hospitalar (CHIANCA et al., 2013).

Na compreensão das quedas ocorridas no contexto domiciliar em pessoas idosas, um dos fatores de mais importância para este evento é o ambiente, sendo o quintal e o piso molhado as causas mais comuns (LIMA; CAMPOS, 2011).

Os locais mais frequentes de quedas em domicílio são o banheiro, a sala, escada, cozinha, com pisos escorregadios ou pisos irregulares, tapetes soltos ou desfiados, iluminação deficiente, cadeiras muito baixas ou muito altas e sem braços

de apoio, fios de telefone soltos no caminho, escadas sem corrimão, vaso sanitário muito baixo e sem apoio, falta de barras no box do chuveiro e calçados adequados (SANTOS et al., 2015).

Apesar de serem bastante frequentes, as quedas no domicílio não são causas exclusivas para a geração de traumas neste contexto em pessoas idosas. Podemos destacar também as queimaduras, os ferimentos que perfuram e cortam e as contusões por impactos em utensílios domésticos.

Em se tratando de queimaduras, estas lesões dos tecidos orgânicos, podem ser ocasionadas por agentes químicos, físicos e biológicos, sendo classificadas em 1º., 2º. e 3º. graus, de acordo com o comprometimento tecidual (ALMEIDA; SANTOS, 2013; LIMA et al., 2013).

A exposição ao fogo, combustão, líquidos superaquecidos e corrente elétrica são as fontes mais comuns desta lesão em pessoas idosas. A magnitude clínica das queimaduras vai depender do comprometimento do tecido, produto ou agente ao qual indivíduo foi exposto (OLIVEIRA; MOREIRA; GONÇALVES, 2012).

Nos Estados Unidos, as queimaduras são a 5ª. maior causa de morte por lesões acidentais em pessoas idosas com idade maior ou igual a 65 anos. Neste país, 12,1 % dos pacientes queimados têm idade maior ou igual a 60 anos, com tendência para aumentar nos próximos anos em virtude do avanço populacional deste grupo etário (ALSAFRAN et al., 2013; DAVIS et al., 2012).

Estudo realizado por Silva et al. (2015) descreveu que no estado do Pará, o perfil do acometimento cutâneo em idosos atendidos em um centro de tratamento de queimados, entre os anos de 2007 a 2012, que dos 58 pacientes internados, 39 eram homens. Destes 13 morreram e a média de idade foi de 70 anos, variando entre 60 a 89 anos.

Ainda sobre a ocorrência de queimaduras em pessoas idosas, estudo realizado por Serra et al. (2011) sobre queimaduras nestes indivíduos, no período de 2009 a 2014, com 57 vitimados no Hospital Federal do Andaraí, referência no atendimento de queimados no estado do Rio de Janeiro, demonstrou que a média de idade foi de 61 anos e do total de pacientes, 51 se queimou no domicílio, tendo como causa a chama de fogo, seguido de líquidos quentes e gás.

Na configuração da ocorrência de traumas em pessoas idosas, outros mecanismos de trauma configuram o cenário desta ocorrência para com pessoas idosas, embora menos frequentes e explorados cientificamente, porém não menos

importantes, como deslocamentos e choques contra móveis e objetos (LUZ et al. 2011).

3.2 A educação em saúde, família e prevenção do trauma em pessoas idosas

Um dos pilares para a prevenção de traumas em pessoas idosas consiste na redução de riscos, podendo-se alcançar este objetivo por intermédio de atividades educativas direcionadas a indivíduos e grupos sociais (MELO; LEAL; VARGAS, 2011).

Esta conduta é capaz de transformar paradigmas desenvolvidos na família, na convivência humana, no trabalho, sociedade civil assim como nas manifestações culturais (ESTEBAN-GUITART; OLLE; VILA, 2012).

Conceitualmente a educação é o mesmo que adquirir dotes morais e intelectuais. É o princípio utilizado socialmente para o desenvolvimento no indivíduo de suas potencialidades, na construção do conhecimento a fim de desenvolver o raciocínio comportamental e disciplinar, de forma individual e/ou social, no meio em que vive, ou seja, educação é a capacidade do aperfeiçoamento intelectual e moral do indivíduo (BRASIL, 2007).

Nesta concepção, a educação em saúde, fundamenta-se na prática das políticas públicas promotoras do autocuidado, na busca da qualidade de vida focadas no indivíduo e na coletividade (JANINI; BESSLER; VARGAS, 2015).

Sobre a saúde, a OMS (1946) a define como não somente a ausência de doença, mas, a condição de perfeito bem-estar físico, mental e social do indivíduo, espelhando uma visão holística do ser.

Desta forma, compreende-se a amplitude do binômio educação em saúde. A este respeito, Andrade (2011) afirma que o objetivo da educação em saúde é compartilhar conhecimentos, estabelecendo novas experiências, proporcionando reflexões críticas com a finalidade de solucionar problemas de saúde podendo ser articulada entre o sistema e o público-alvo.

Por este processo, formar-se-ão indivíduos conscientes, responsáveis pela própria saúde, para a manutenção de um ambiente saudável, plenamente interativo entre educando e educador, proporcionando o empoderamento de indivíduos e comunidades (SOUSA; WEGNER; GORINI, 2010).

Para Janini, Bessler e Vargas (2015) em estudo sobre educação em saúde, afirmam que embora possua metodologia própria, não se limita somente a transmitir a informação, entretanto, apropria-se da vinculação entre o assistido e o profissional, remodelando conceitos através da interação do conhecimento entre o indivíduo, família e sociedade.

É nessa perspectiva de troca do conhecimento que a educação em saúde visa melhorar a qualidade de vida, promovendo hábitos saudáveis, normatizando cuidados específicos para um determinado agravo ou iminência de risco, por intermédio da troca de experiências entre usuários e profissionais (ALMEIDA; MOUTINHO, DE SOUZA LEITE, 2014).

Desta forma, o diálogo entre profissionais e usuários, permite a construção de saberes, agrega conhecimento e conseqüentemente aumenta a autonomia do cuidado, objetivo principal da educação em saúde (AYRES, 2004).

Em geriatria, os atributos de educador do enfermeiro vão ao encontro ao Estatuto do Idoso, da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSI), buscando assegurar o envelhecimento saudável, por intermédio da promoção e recuperação da saúde (BRASIL, 2003; BRASIL, 2006). Nesta concepção, a família também é alcançada por este profissional, constituindo-se elo importante no processo de educação em saúde, arrolada às políticas de atenção à pessoa idosa.

Em se tratando de família e sua representatividade social, sua constituição é considerada a base da sociedade, propondo a garantia do desenvolvimento saudável de todos os seus membros pelo inter-relacionamento que a cerca (THUMÉ, 2010; OLIVEIRA; SANTOS, 2011). Da mesma forma que permitem uma relação primária fundamental para o ser humano, caracterizada pelo fortalecimento da intimidade duradoura e intensa. Sob esta ótica, a família além do contexto inerente à formação organizacional, possui a capacidade de estreitar laços inequívocos como a compreensão, afetividade e cuidado (HIPP, 2006).

Nesta perspectiva, a interação familiar de seus membros estabelece segurança, confiança previamente estabelecidos pela convivência entre pessoas de diversas faixas etárias, fundamentais para o vínculo e a interação entre gerações, trazendo benefícios para idosos e pessoas mais jovens (GVOZD; DELLAROZA, 2012).

Sobre as relações intergeracionais, estas permitem o fortalecimento do vínculo entre pessoas, possibilitando a troca efetiva de conhecimento, favorecendo o

indivíduo e a comunidade. Entende-se que a inter-relação é capaz de mudar paradigmas, conceitos e atitudes de uma família (FERRIGNO, 2009).

Entretanto, esta organização social tem sido transformada contemporaneamente pelas concepções sociais que a cercam, porém, sem deixar de lado a essência do cuidar de seus entes.

É fundamentado nestas mudanças sociais que Novaes (2006), em seu estudo sobre ética da convivência familiar e sua efetividade no cotidiano dos tribunais, afirma que as famílias podem ser classificadas como: moderna com espírito individualista, emergente ou pós-moderna permissiva a arranjos não tradicionais, flexíveis permitindo o que é novo e respeitando a diversidade social.

Whitaker (2007) em sua pesquisa sobre o idoso na contemporaneidade, considera também como família aqueles indivíduos que moram sozinhos, com relações estabelecidas pelo afeto, por serviços ou ainda as famílias homoafetivas. “Na atualidade e de acordo com as novas tendências jurídicas, a identificação da família está fundamentada em seus vínculos sócio afetivos, sendo extremamente valorizado socialmente e amparado legalmente”. (GONÇALVES, 2010, p. 32).

Mediante estas prerrogativas, o relacionamento interpessoal e permitido pela família, fortalece a relação, gerando o dever do cuidado com seus membros mais vulneráveis como idosos e crianças.

À luz da compreensão do relacionamento entre idosos para com a família, em estudo realizado por Areosa et al. (2010) sobre o relacionamento destes com seus membros familiares, englobando 207 indivíduos, com idade maior ou igual a 60 anos, do Centro de Convivência de Idosos da Universidade de Santa Cruz do Sul/RS, entre os anos de 2009 e 2010, concluiu que a família é muito importante para as pessoas idosas. 85% dos entrevistados informaram que as relações familiares interferiam em seu ânimo e humor, 46% relataram que a satisfação em relação à família aumentou no decorrer dos anos, 42% responderam que a satisfação permaneceu igual, 4% referem que a relação diminuiu na intensidade e 8% afirmaram que “agora é diferente”.

Assim, processos de convivência entre pessoas acarretam mudanças no processo de hierarquização familiar, diversificando as funções e proporcionando mudanças nos papéis sociais relacionados às pessoas idosas, principalmente quando compartilham o mesmo domicílio, ou seja, quem cuidava anteriormente hoje passa a ser cuidado (GIRONDI; SANTOS; NOTHAFT, 2015).

Sob a mesma ótica, Bellato et al. (2015) em seu estudo sobre a experiência familiar do cuidado à pessoa idosa em situação crônica de adoecimento, afirma que a família cuida de seus entes, não somente para prover e/ou restabelecer a saúde, mas cuida da vida e para a vida, de diversos modos em diversos locais.

É neste propósito, visando a prevenção do trauma em pessoas idosas no contexto domiciliar que Waidman e Elsen (2004), em seu estudo sobre fatores desencadeantes de quedas no domicílio em uma comunidade de idosos, afirmam que é preciso criar na família a necessidade da mudança, através da comunicação terapêutica capaz de transformar condutas e mudar paradigmas.

Os cuidados gerados pela família vão desde as interações afetivas que fundamentam a plenitude do desenvolvimento mental e da personalidade de seus membros, passando pelos cuidados cotidianos com o corpo e a mente, até aqueles requeridos pela ocorrência do adoecimento (GUTIERREZ; MINAYO, 2010).

Nessa perspectiva, o cuidado por parte da família, primeiro é necessário, a compreensão de como ela vivencia este processo e posteriormente conhecer suas possibilidades de no cotidiano prover cuidados na medida em que as necessidades se apresentem.

A experiência de cuidado pela família, essencial na manutenção da vida, culmina na atribuição da responsabilização moral, derivada da história familiar e da socialização dos seus membros, dentre outros, assim, cuida-se principalmente pelos valores familiares e pela afetividade entre as pessoas (BELLATO et al., 2015).

A família cuida cotidianamente, o que inclui situações bastante comprometedoras da vida, precisando em muitos casos gerenciar recursos próprios e deveras escassos (BELLATO et al., 2015).

Mediante a estas perspectivas, é de fundamental importância a participação da família no cuidar da pessoa idosa, frente aos riscos inerentes a acidentes e traumas no contexto domiciliar sendo necessário o seu engajamento ativo e pleno neste setor.

3.3 A tecnologia educacional para cuidados

Tecnologia etimologicamente significa "tecno" originário de "techné", saber fazer e "logia" oriunda da palavra "logos" que significa razão ou seja, tecnologia é a

razão do saber fazer, fundamentada na natureza de sua essência, conteúdo ou emprego, estando relacionada a mercadorias e/ou processos (RODRIGUES, 2001).

Sobre tecnologia, Nietzsche et al. (2012) afirmam que tecnologia é representada por duas categorias. Uma relacionada a um produto como equipamentos, instalações físicas, ferramentas e artefatos e outra relacionada a processos, envolvendo as técnicas, métodos e procedimentos utilizados para se obter um produto.

Nesta concepção diversificada, as tecnologias sofreram um grande impulso no século XVIII, um período cercado por um conjunto de revoluções, dentre elas a industrial, gerando grande impacto social, contribuindo com a modernização, valorizando a ciência com reflexos diretos sobre a saúde, no campo da prevenção e do tratamento de doenças (BARRA et al., 2006).

Assim, o avanço tecnológico trouxe uma nova perspectiva estrutural na qual a este respeito, Teixeira e Mota (2011) classificam as tecnologias como: duras, representadas por equipamentos tecnológicos, estruturas organizacionais, normas e rotinas, as leve-duras, relacionadas à estruturação do saber com a saúde e as leves, que compreendem as tecnologias de relações, de produção de comunicação, de autonomização, vínculo e de acolhimento.

Para Nietzsche (2005, p. 52), “a tecnologia também consiste na proposição de um modo de fazer, a partir da experiência cotidiana e da pesquisa, devendo seguir um rigor metodológico”.

Entretanto, apesar da concepção materialista que envolve as tecnologias, estas não devem ser somente concebidas sob esta ótica e sim de uma ideia capaz de transformar uma condição proposta (NIETSCHE et al., 2012).

No que diz respeito a esta concepção transformadora, que discute as tecnologias objetivando a solução de problemas de difícil resolução, foram introduzidas na área de saúde, por intermédio dos equipamentos destinados à realização de cirurgias e posteriormente em unidades de terapia intensiva (BARRA et al., 2006).

Quando aplicadas à área da saúde, as tecnologias são representadas por: medicamentos, materiais, equipamentos, procedimentos, sistemas organizacionais, educacionais, informativos, logísticos organizacionais, programas e protocolos que permitam por seu intermédio a atenção e cuidados com a saúde prestados a população (BRASIL, 2010).

Sob este prisma das tecnologias na área de saúde, a enfermagem então iniciou seu relacionamento com esta temática de forma mais técnica e científica, nos anos 70 e 80, fortalecida pelos cursos de pós-graduação, participando da construção de materiais, oriundos de ideias criativas surgidas pela necessidade oportuna durante a prestação do cuidado de enfermagem (PAIM et al., 2009).

Na abrangência da aplicabilidade das tecnologias na enfermagem, Nietsche (2005) propõe uma ordenação no processo de classificação das tecnologias a saber: tecnologia para o cuidado, interpretativas de situações de clientes, dos processos de comunicação, dos modos de conduta e as tecnologias educacionais.

Logo, estes instrumentos são projetados com base no reconhecimento prático de um problema, alicerçado cientificamente em que o enfermeiro tem íntima relação neste processo, nos âmbitos da prevenção, promoção e recuperação da saúde para com o indivíduo e a comunidade, sendo de fundamental importância a necessidade da apropriação de instrumentos que permitam o relacionamento salutar de terapêuticas humanas competentes, estimulando o empoderamento e a autonomia (LEOPARDI; PAIM; NIETSCHKE, 2014, p. 75).¹

É sob esta ótica evolutiva que a enfermagem, desde seus primórdios cresceu e se desenvolveu acompanhando o avanço tecnológico, apropriando-se desta ferramenta para suas investidas profissionais (ÁFIO, 2014).

O processo mediado por tecnologias pode ser utilizado na educação em saúde para com o indivíduo e a comunidade como as TE auditivas, táteis, dialogais, expositivas, audiovisuais e as impressas representadas pelos folders, cartazes, manuais, cadernos de orientação e cartilhas. “As tecnologias devem tornar possível o planejamento, execução, controle e acompanhamento abrangendo a educação formal e informal, devendo ser ainda bem estruturadas no processo de construção e posteriormente validadas”. (NIETSCHKE; TEIXEIRA; MEDEIROS, 2014, p.114-115).

As tecnologias educacionais (TE) são instrumentos facilitadores do processo de ensino-aprendizagem utilizados como meio de transferência do conhecimento, capaz de proporcionar no indivíduo novas experiências e aprendizado (BARROS, 2012).

A este respeito, Teixeira (2014; p. 58) afirma que

na concepção das tecnologias, a do tipo leve tem despontado como estratégia de inovação/aperfeiçoamento na prática de enfermagem, em diferentes contextos de atuação como hospitais, consultas de enfermagem e grupos na comunidade.

¹ Disponível em: <https://issuu.com/moriaeditoraltda/docs/issuu_-_tecnologias>. Acesso em: 20 maio 2017.

“Estes instrumentos promovem a transformação da realidade pela conquista, avanço, superação e mudança do que ora está sendo vivenciado através do conhecimento” (TEIXEIRA; MEDEIROS, 2014; p. 69).

As tecnologias cuidativo-educacionais destinadas a pessoas idosas são fundamentais para práticas transformadoras, que contemplem o enfrentamento das mudanças fisiológicas e dos riscos que as pessoas idosas estão sujeitas no processo de envelhecimento promovendo a mudança comportamental e de paradigmas (GÓES; POLARO; GONÇALVES, 2016)

Tal tecnologia leva a enfatizar sobre a assistência básica que privilegie o caráter educativo na comunidade voltado para o bem-estar e maior qualidade de vida das pessoas idosas, família e comunidade

Nesta perspectiva, concebe-se a possibilidade do uso de uma tecnologia educacional na modalidade de cartilha, como instrumento do cuidar preventivo, capaz de empoderar a pessoa idosa e a sociedade no conhecimento sobre determinado assunto.

A esse respeito, entende-se que as cartilhas são instrumentos para o aprendizado básico e rudimentar de um tema qualquer, utilizado para sistematizar um assunto, apresentando seus elementos centrais e suas respectivas definições sobre eles (FUNARI; CAMPOS; RODRIGUES, 2015).

Ainda sobre este prisma, cartilhas educativas proporcionam uma aproximação entre os fatos com o público leigo, por meio de diversas estratégias nela contidas, como o uso de imagens e recursos gráficos que permitem ao leitor pouco escolarizado ou com dificuldades de leitura, compreender de forma fácil as informações, aproximando públicos diferentes e de todas as idades. Mediante tais proposições ora estabelecidas, compreende-se que as cartilhas têm papel importante no processo de educação do indivíduo e da sociedade (MITRE et al., 2008).

De fundamental importância para a construção de uma TE, a pesquisa de campo fundamentará os assuntos a serem abordados, permitindo a identificação de fatores relacionados às necessidades do público-alvo, facilitando o acesso à informação fundamentado na pesquisa bibliográfica detalhada (TEIXEIRA; MOTA, 2011).

Posteriormente à construção, a validação das tecnologias desenvolvidas deve ser estabelecida, permitindo por meio deste procedimento que juízes

especialistas e público-alvo venham determinar em comum acordo se o instrumento está em conformidade para sua utilização (TEIXEIRA; MOTA, 2011).

CAMINHO METODOLÓGICO

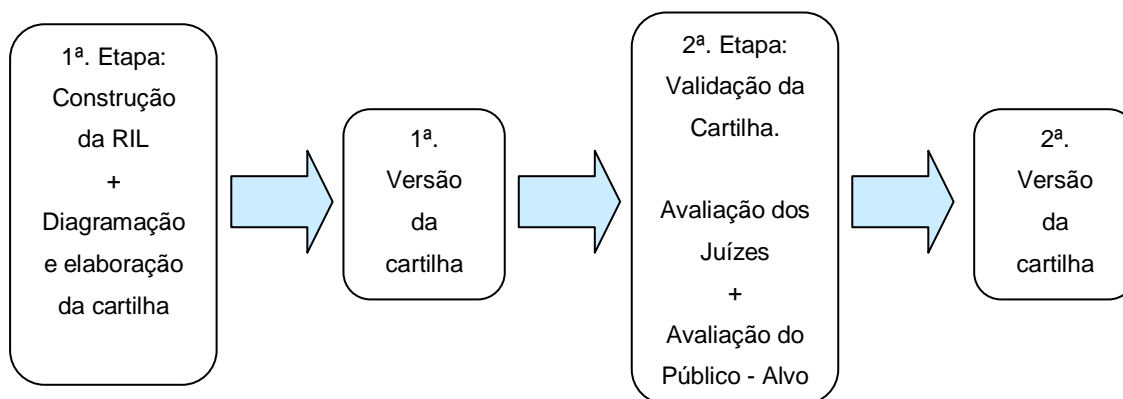
CAMINHO METODOLÓGICO

4.1 Tipo de estudo

Para a produção e validação desta tecnologia educacional na modalidade de cartilha sobre “cuidados preventivos de traumas em pessoas idosas no contexto domiciliar”, optou-se por um estudo de caráter quantitativo, que pressupõe algumas condições específicas inseridas desde a formulação do problema, o que implica preponderantemente da revisão de literatura, coleta e análise dos dados e da descrição dos resultados (SAMPIERI; COLLADO; LUCIO, 2013).

O desenvolvimento deste estudo foi realizado em duas etapas. A primeira etapa foi constituída pela Revisão Integrativa da Literatura (RIL), que teve como finalidade a busca por evidências científicas que subsidiou a construção da tecnologia cuidativo-educacional e a produção da mesma no formato de cartilha; a segunda foi constituída pelo processo de validação da cartilha.

Figura 1 - Fluxograma do caminho metodológico da pesquisa



Fonte: Elaborado pelo Autor.

1ª. Etapa: Produção da Tecnologia Educacional do Tipo Cartilha

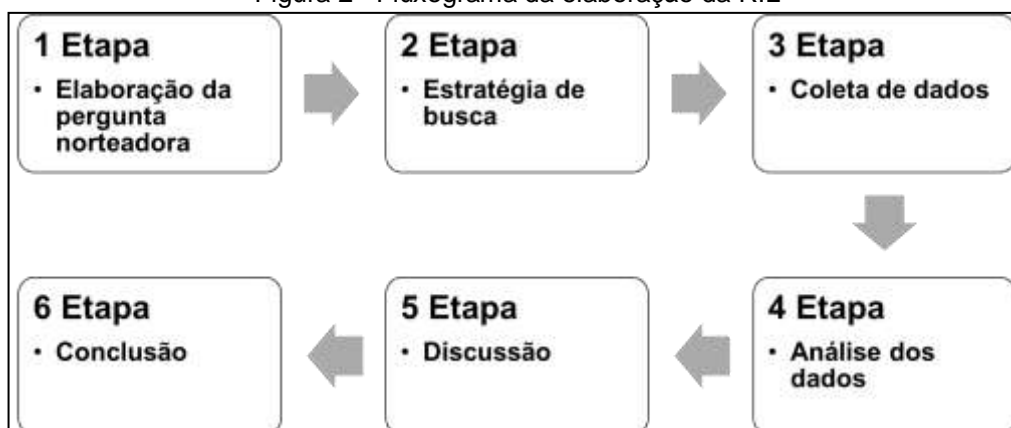
Para subsidiar a produção da tecnologia deste estudo, realizou-se uma busca das evidências científicas sobre as estratégias preventivas de traumas nas pessoas idosas no contexto domiciliar nas bases de dados bibliográficos por meio da revisão integrativa das publicações entre os anos de 2011 e 2016.

O processo de construção da RIL é realizado por meio da sistematização dos estudos pesquisados nos estudos e análise dos resultados encontrados relacionados a uma temática (LANZONI; MEIRELLES, 2011).

A RIL é um método de pesquisa bastante difundido, principalmente entre profissionais da área de enfermagem, sendo de fundamental importância em diversas pesquisas (TEIXEIRA et al., 2013). Para realização da Revisão Integrativa deste estudo, seguiu-se o estabelecimento de seis etapas, seguindo a literatura construída por Souza, Silva e Carvalho (2010), conforme apresentado na figura 2:

- Primeira: Elaboração da pergunta norteadora;
- Segunda: Estratégia de busca e amostragem da literatura;
- Terceira: Coleta de dados;
- Quarta: Análise crítica dos estudos selecionados;
- Quinta: Discussão dos resultados;
- Sexta: Conclusão sendo os resultados apresentados e formatados em quadros no programa Microsoft Word®, levando em consideração os resultados mediante uma pormenorizada análise crítica.

Figura 2 - Fluxograma da elaboração da RIL



Fonte: Elaborado pelo Autor.

Como estratégia de busca de inclusão estabeleceu-se a eleição de estudos primários relacionados a artigos originais, artigos com resumos e textos integrais disponíveis online com íntima relação com a temática sobre cuidados preventivos a traumas em pessoas idosas no contexto domiciliar, publicados em português inglês e espanhol entre os anos de 2011 e 2016.

O processo de levantamento dos artigos deu-se por intermédio de busca nas seguintes bases de dados: Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lillacs); Medical Literature Analysis and Retrieval System online (Medline) e PubMed.

Concebeu-se como questão norteadora o seguinte questionamento: Quais foram as evidências científicas sobre prevenção de traumas em pessoas idosas no contexto domiciliar publicadas cientificamente no período de 2011 a 2017.

Para ordenação e análise minuciosa dos dados, foi elaborado um instrumento (APÊNDICE F) com a finalidade de permitir uma melhor objetividade na coleta e compreensão dos resultados obtidos constituído sequencialmente por: título do artigo, ano de publicação, autor (es), país de estudo, natureza do estudo, base de dados, objetivo geral e descritores, optando-se por colocar em ordem cronológica de publicação. Este ordenamento permitiu a realização de uma análise crítica e reflexiva dos estudos levantados, os quais foram submetidos minuciosa e criteriosamente a leitura.

Após análise do material levantado, realizou-se a apresentação dos resultados e posteriormente a discussão, os quais permitiram a elaboração e construção da conclusão da revisão integrativa de literatura, tendo como base o alcance do objetivo do estudo (MINAYO, 2014).

A Revisão integrativa da literatura (RIL) subsidiou a construção dessa TE, pois o conteúdo desta pesquisa, em função da especificidade da temática, sobre estratégias preventivas de traumas em pessoas idosas no contexto domiciliar servirá como referência no entendimento das pessoas idosas e de seus familiares na Atenção Primária de Saúde.

A produção da cartilha sobre as medidas de prevenção de traumas em pessoas idosas no contexto de seu domicílio proporcionou a busca pela fundamentação científica por intermédio de uma leitura criteriosa, com a finalidade de compreender, melhor os benefícios da tecnologia para a população idosa de modo geral, buscando alcançar não somente as pessoas que sabem lê como também aquelas que são desprovidas desse aprendizado ou aqueles que possuem necessidades especiais, como os surdos.

Nesta caminhada, levou-se em consideração a vivência adquirida no processo de interação com pessoas idosas no Programa de Atenção à Saúde do idoso (PROASI), em que as experiências práticas adquiridas por meio do convívio com as pessoas idosas ajudou a perceber e entender melhor os ambientes domiciliares, que quando não organizados acabam sendo grandes promotores de agravos para a saúde dessas pessoas que convivem neles, Nesta perspectiva, buscou-se refletir na cartilha a realidade das residências dessa população por meio

da valorização da diagramação por meio de ilustrações mais próximas das vivências.

Conforme Echer (2005), a construção da TE deve ser bem trabalhada, cercada de detalhes tais como: linguagem acessível, informações atrativas que atendam necessidades específicas do público, independente das condições de formação e saúde do indivíduo, fazendo-o sentir a importância da informação além de inclusos socialmente.

Pensando ainda na facilitação interpretativa das TE's, é de fundamental importância que sejam compostas de imagens, que possam ser bem interpretadas e compreendidas pelo público alvo (MARSHALL; MEACHEM, 2010).

Gouvêa et al. (2015) apontam que, imagens reproduzem ou imitam o real, ajudando a compreender algo e a relacionar ideias, logo uma cartilha com poucos textos pode contribuir, com maior facilidade, para o perfeito entendimento e concepção das propostas estabelecidas pela TE em relação ao público alvo, independentemente do seu perfil socioeducativo.

Textos, por sua complexidade, nem sempre são compreendidos ou lembrados facilmente, enquanto que as imagens possuem uma linguagem universal de entendimento. Neves e Mendes (2015) afirmam que o uso de imagens autoexplicativas permite um melhor entendimento daquilo que se propõe.

De acordo com Marshall e Meachem (2010), o entendimento de um texto leva mais tempo para a sua assimilação, em contrapartida, as imagens são mais rapidamente compreendidas. Pessoas idosas mesmo alfabetizadas em função de fatores inerentes a formação ou da dificuldade visual podem ser limitadas na leitura e compreensão dos textos, logo, as imagens tem a função de complementar os dizeres.

A este respeito um exemplo prático é mencionado por Simões (2003) em relação a composição da escrita e a relação com não alfabetizados, afirmando que seria muito difícil uma pessoa não alfabetizada confundir uma Coca-cola com Pepsi, pois, apesar da semelhança na cor do conteúdo, a forma dos recipientes a cor do rótulo e o desenho das letras são inconfundíveis.

Nesta compreensão de imagens mediadas por uma TE e sua contribuição para a inclusão social, Silva (2011), afirma que a cultura visual do surdo, permite relacionar-se com o mundo, pois a pessoa surda tem uma singularidade linguística. Esta concepção também pode ser aplicada a pessoas idosas não alfabetizadas.

Acredita-se que uma tecnologia educativa mediada por uma cartilha contribui grandemente para o aprendizado. Nesta perspectiva o objetivo das imagens neste instrumento é servir como referência concreta do significado, apesar de não substituírem totalmente um texto, entretanto, melhora aquilo que deseja representar e do que necessitamos aprender (DIAS; CHAVES, 1999). É sob esta ótica que tal instrumento poderá alcançar idosos não alfabetizados e surdos.

Posteriormente a elaboração da estrutura da cartilha, iniciou-se a escrita do material, em conjunto com a criação do rascunho das primeiras ilustrações que, posteriormente foram enviadas a um profissional da área de designer para então proceder a diagramação e layout. Inicialmente foi construída no programa *Word 2010*® da *Microsoft*® e posteriormente adequados ao programa *Adobe Indesign 2017*®. Optou-se como fonte o modelo *Open Sans* tamanho 15 aplicado nos títulos, enquanto que os textos foram confeccionados com fonte 14, e nos balões explicativos fonte 11. Ao final, a cartilha foi salva no programa *Portable Document Format (PDF)*, sendo criada então a primeira versão a qual foi enviada aos juízes especialistas para validação do conteúdo com o título **"EVITE TRAUMAS EM PESSOAS IDOSAS NO DOMICÍLIO: A MÃO QUE CUIDA"**.

2ª. Etapa – Validação da Cartilha

A validação é o processo em que se examina, com precisão, determinado instrumento ou ainda a interferência realizada a partir de uma pontuação específica. “Este processo não é limitado a um determinado escore, entretanto, pressupõe continuidade e devem ser repetidas sempre que necessário”. (RAYMUNDO, 2009, p. 87).

Validar um instrumento é o mesmo que julgar, ou seja, indica em que medida a amostra está apropriada de itens a ser inferida ao constructo (POLIT; BECK, 2011).

Este processo de validação examina a capacidade dos itens representarem adequadamente a ideia do conteúdo a ser abordado pelo instrumento. Contextualizando validação, Nietzsche, Teixeira e Medeiros (2014) afirmam que validação é o processo pelo qual se examina com precisão determinado instrumento ou infere-se a ele determinado valor fundamentado em escores estabelecidos.

Nesse estudo, a validação da TE na modalidade cartilha deu-se por intermédio da avaliação de juízes especialistas responsáveis por julgar o objetivo,

estrutura, apresentação e relevância, analisando o conteúdo da cartilha, aferindo a adequação de cada item; e do público alvo, que avaliou o objetivo, organização, estilo de escrita, aparência, motivação, cabendo-lhe também a inferência quanto a análise semântica responsável pela compreensão por parte da população para qual a TE se destina (NASCIMENTO, 2012).

4.2 Juízes e público-alvo participando da validação da cartilha

Os juízes-especialistas foram selecionados por intermédio de busca na plataforma *Lattes*, seguindo os critérios de “*expertises*”, sendo necessário que os mesmos possuíssem experiência, vivência, grau de conhecimento e reconhecido no assunto-foco proposto, sendo responsáveis por julgar o conteúdo e a aparência da cartilha educativa.

FOI RETIRADO DESTE PARRÁGRAFO O TEXTO AFIRMANDO QUE NÃO ERA PLENAMENTE ESTABELECIDO O NÚMERO DE JE

Nesse sentido, Teixeira e Mota (2011) referem que podem ser adotados nesse tipo de estudo grupos de 9 a 15 integrantes, além disso, a amostra deve ser ímpar a fim de evitar-se a indução de questionamentos dúbios.

Entretanto, existem autores que recomendam que, o número de juízes deve ser entre seis a vinte, levando-se em consideração os caracteres do instrumento, formação, qualificação e disponibilidade destes profissionais (HAYNES, 1995).

Optou-se neste estudo pelo quantitativo 13 juízes, destes nove juízes especialistas da área de saúde, sendo três médicos geriatras, dois médicos ortopedistas, dois enfermeiros (um gerontólogo e um emergencista), um fisioterapeuta e um assistente social ambos gerontólogos; três juízes especialistas fora da área da saúde: um designer gráfico, um pedagogo, um comunicador social e um professor de letras e libras, este último por trabalhar com simbologia, permitindo um olhar do ponto de vista da inclusão social.

Para a participação dos Juízes Especialistas da área da saúde considerou-se os seguintes critérios: títulos de doutor ou mestre; especialização nas áreas de atenção à saúde do idoso, urgência e emergência, atuação na área de ensino; possuir trabalhos publicados relacionados à saúde do idoso, educação em saúde ou construção de tecnologias; estar atuando ou possuir experiência na área de urgência e emergência e saúde do idoso.

Participaram deste comitê apenas os juízes cujo perfil preenchesse no mínimo três critérios com o escore total mínimo de cinco pontos, de acordo com o Quadro 1

Quadro 1 - Critérios de seleção para a composição do comitê de validação para juízes especialistas das áreas de saúde

Critérios	Descrição	Pontos
Titulação	Doutorado em enfermagem	3
	Mestrado em enfermagem	2
	Doutor na área da saúde	3
	Mestre na área da saúde	2
	Especialista/ residência em urgência e emergência	1
Experiência Profissional	Assistência hospitalar mínima de dois anos nas áreas: urgência e emergência	2
Área de ensino	Docência mínima de 1 ano nas temáticas: urgência e emergência e Saúde do idoso	2
Produção Científica	Dissertação, tese ou monografia nas temáticas: urgência e emergência saúde do idoso.	2
	Artigos publicados: urgência e emergência e saúde do idoso.	1
	Orientação de trabalhos científicos na saúde do idoso.	1

Fonte: Dados da pesquisa.

Os juízes que não eram da área da saúde deveriam preencher dois ou mais critérios de seleção, devendo alcançar o escore mínimo de três pontos no escore de seleção, obedecendo às prerrogativas de pós-graduação *stricto-sensu*, trabalhos publicados e orientação de trabalhos científicos, conforme apresentado no Quadro 2.

Quadro 2 - Critérios de seleção para composição do comitê de validação para juízes especialistas que não são da área da saúde

Critérios	Pontos
Pós-graduação <i>stricto-sensu</i>	2
Especialização na área de atuação	1
Experiência na docência na área de atuação	2
Autoria em trabalhos publicados em periódicos	1
Orientação de trabalhos científicos na área de atuação	1

Fonte: Plataforma Lattes

Vale ressaltar que foram excluídos deste estudo, os juízes especialistas que solicitaram ajuda de custo; os que ultrapassaram o prazo superior a 30 dias sem devolver o questionário do estudo e sem comunicar ou justificar o motivo ao pesquisador.

Quanto ao público alvo, foi selecionado de forma aleatória entre as pessoas idosas cadastradas no PROASI e seus respectivos familiares. Os componentes deste grupo foram responsáveis pelo julgamento da semântica e da inteligibilidade da cartilha.

O número de participantes selecionados foi: duas pessoas idosas alfabetizadas, três pessoas idosas não alfabetizadas e cinco familiares, totalizando N=10. Considerou-se que grupos muito grandes podiam proporcionar a dispersão do foco.

Sobre os critérios de inclusão, o público-alvo deste estudo foi constituído por pessoas idosas cadastradas no PROASI há pelo menos um ano, com idade igual ou superior a 60 anos e que residam na área de abrangência do programa.

Excluiu-se do processo de validação da TE, pessoas idosas que possuíam algum comprometimento cognitivo, que as impediram de participar da análise da Tecnologia Educacional, bem como os idosos que não conseguiram responder com clareza ao instrumento.

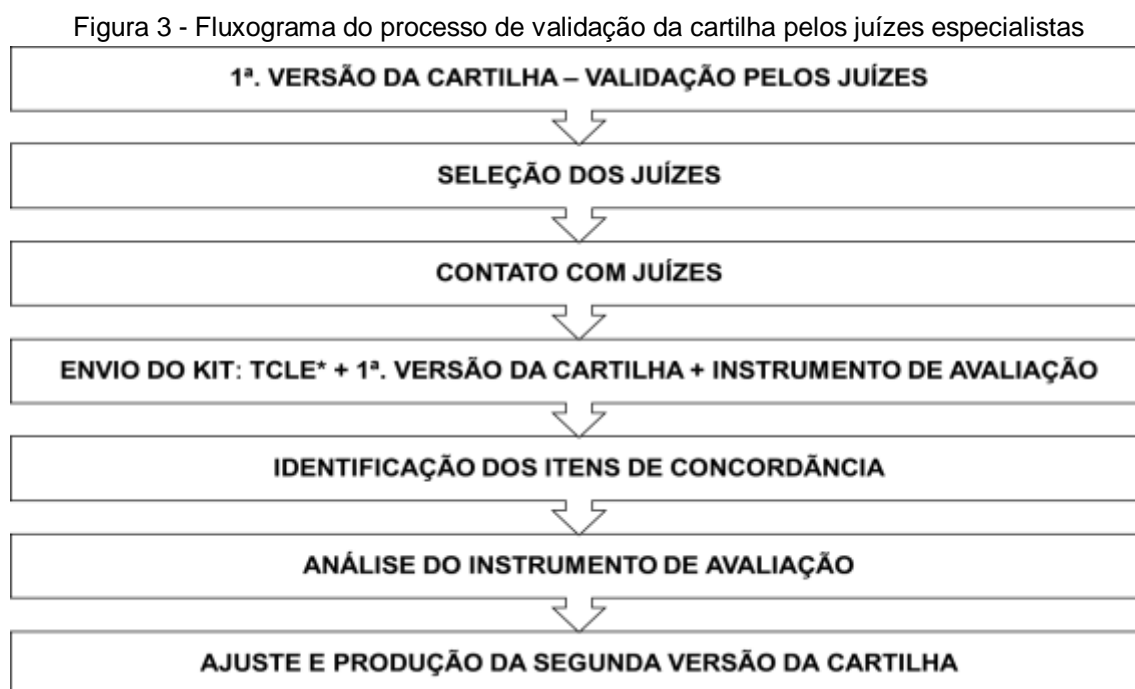
Participaram do processo de validação da TE os familiares que residiam no domicílio de idosos cadastrados no PROASI, por período mínimo de um ano.

Foram excluídos deste estudo, os familiares que apresentaram algum problema mental que os inviabilizassem de participar da análise da Tecnologia Educativa, bem como pela incapacidade de responder com clareza ao instrumento, familiares com idade inferior a 18 anos também foram excluídos do processo, e que por qualquer motivo solicitassem ajuda de custo para participar da validação da TE.

4.3 A Coleta de dados no processo de validação da cartilha

Para o processo de validação da cartilha, os juízes especialistas foram convidados via e-mail e/ou por telefone, os quais receberam carta convite (Apêndice C) que os esclarecia quanto aos objetivos e métodos do estudo. Após o devido aceite, receberam um “kit” contendo: uma via da cartilha, um **questionário de avaliação I** dividido em duas etapas, a primeira com dados de identificação dos

participantes e na segunda etapa contendo instruções de preenchimento e tópicos de avaliação da cartilha sobre a estrutura e apresentação, relevância com comentários/sugestões (Apêndice B) e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O tempo disponibilizado para a avaliação foi de 10 dias. A figura no 3 mostra o fluxograma do processo de validação pelos juízes especialistas participantes deste estudo.



*TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Fonte: Elaborado pelo Autor

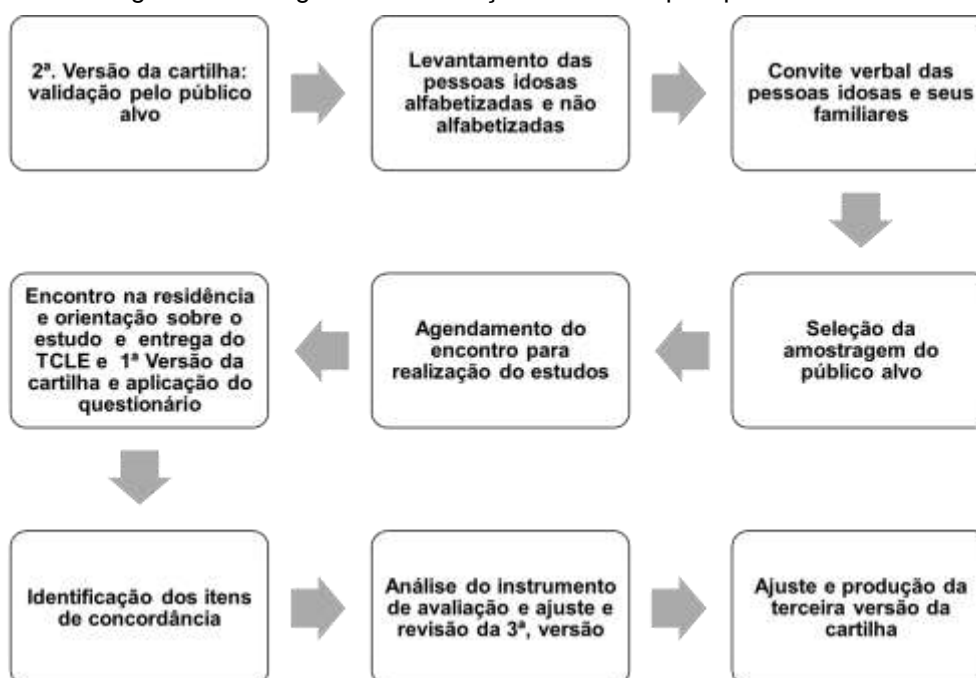
Após a devolução do questionário por parte dos juízes especialistas, procedeu-se a análise quantitativa dos dados, que evidenciou concordância acima de 70%, realizando-se então os ajustes necessários na cartilha educativa, que após esta fase, deu origem ao protótipo 2 da cartilha que posteriormente foi utilizada na avaliação pelo público-alvo.

O público-alvo, que preencheram os critérios de inclusão da pesquisa, foram convidados verbalmente após explicação sobre o estudo, e depois do aceite, recebeu um kit contendo o TCLE e um **questionário de avaliação II**, constando dados de identificação dos participantes com instruções de preenchimento sobre os tópicos para avaliação da cartilha sobre os objetivos, organização, estilo de escrita, aparência, motivação e comentários/sugestões (Apêndice A).

Quanto a hora e ao local para a aplicação do questionário, os idosos e familiares foram consultados muitos preferiram sua residência, levando em consideração o comodismo e conforto deles. Os participantes que não sabiam ler dispensavam toda a sua atenção para as ilustrações da cartilha, sem intervenção do pesquisador no processo. Cada avaliação perdurou em média entre 60 a 90 minutos.

A Figura 4 delinea o fluxograma do processo de validação pelas pessoas idosas e seus respectivos familiares e mostra que ao término da avaliação, os dados coletos passaram por uma análise quantitativa.

Figura 4 - Fluxograma da validação da cartilha pelo público-alvo



Fonte: Elaborado pelo Autor

4.4 Análise dos dados

Após a devolução dos questionários I e II utilizados pelos Juízes Especialistas, pessoas idosas e familiares, partiu-se para a revisão e codificação de cada resposta de cada um dos instrumentos, bem como a análise quantitativa dos itens de cada bloco avaliativo segundo as diferentes valorizações. A escala de Likert foi utilizada nas respostas dos itens avaliativos, em que pede ao sujeito que responda a uma pergunta com escala de graus variados em intensidade, entre dois extremos, ancorados por respostas como concordo ou discordo plenamente,

variando entre dois pontos extremos com escores entre 1 e 7 (LOBIONDO-WOOD, HARBER, 2001).

Neste estudo a escala de Likert corresponde a variação de 1 a 4, onde 1 corresponde a TOTALMENTE ADEQUADO (TA), 2 a ADEQUADO (A), 3 a PARCIALMENTE ADEQUADO (PA) e 4 INADEQUADO (I).

Para análise de representação comportamental dos juízes especialistas e público alvo, foi utilizado o valor da estatística calculada que correspondeu a média aritmética dos escores dos itens analisados: Valor de (1) usado quando a avaliação for positiva, ou seja, quando houver concordância = TA ou A; 0 (zero) quando a resposta foi nem positiva ou nem negativa, ou seja, indecisão = PA; e (-1) quando a resposta for negativa, ou seja, discordância = I. Foram considerados validados os itens que obtiverem nas respostas índice de concordância entre os juízes-especialistas e população-alvo igual ou superior a 70%. Procedeu-se a uma análise bloco por bloco, fazendo os respectivos destaques. (NIETSCHE; TEXEIRA; MEDEIROS, 2014).

Os dados foram tabulados no programa Microsoft Office Excell® e apresentados sob a forma de tabelas e quadros.

A análise e interpretação dos dados foram precedidas pela descrição das características de interesse do estudo e pela utilização de técnicas e medidas que comprovem a confiabilidade dos itens abordados. A confiabilidade de uma medida é o principal critério para a investigação de sua qualidade (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

Objetivando uma análise mais criteriosa da cartilha, e com a finalidade de tornar os resultados mais fidedignos, lançou-se mão do cálculo para avaliar o Índice de Validade, apesar do instrumento ter sido considerado válido.

O Índice de Validade de Conteúdo (IVC), que mede a proporção ou porcentagem de juízes que estão em concordância sobre um determinado instrumento e seus respectivos itens, sendo o estabelecido como aceitável aqueles que obtiverem concordância maior ou igual a 80% de concordância, servindo de critério para pertinência ou critério de decisão (ALEXANDRE; COLUCI, 2011).

Este índice tomou por base o cálculo através da média das respostas oriundas de TA + A, de cada um dos blocos existentes no questionário fornecido aos juízes, divididos pelo N correspondente ao número total de respostas obtidas pelos

comitês, tendo alcançado o índice de validade. Este índice foi aplicado a todos os juízes especialistas.

$$IVC = \sum \frac{TA + A}{ESCORES} \times 100 = \%$$

(1)

4.5 Locais do estudo

O local escolhido para a etapa de validação da TE pelo público-alvo foram as imediações territoriais onde funcionam as atividades do Programa de Atenção à Saúde do Idoso (PROASI). Programa de Atenção à saúde do idoso (PROASI) da Escola de Enfermagem de Manaus (EEM), da Universidade Federal do Amazonas (UFAM), estando ligado a Pró-Reitoria de Extensão (PROEXTI) em parceria com o Centro Social Nossa Senhora das Graças situado na Rua Libertador s/no. Bairro Nossa Senhora das Graças, zona centro-sul de Manaus. A finalidade do programa é seguir as diretrizes da Política Nacional do Idoso a qual estabelece direitos para a promoção do envelhecimento saudável do nosso país. O PROASI tem o objetivo de desenvolver ações de promoção da saúde da pessoa idosa e prevenção de agravos, estimulando a autonomia e independência, integração e a participação efetiva na sociedade.

O PROASI desenvolve suas atividades ativamente desde 2003 com uma equipe interdisciplinar, possui cerca de 182 idosos em condição ou não de dependência, articulando ações preventivas, educativas e assistenciais através de palestras educativas, controle de níveis pressóricos, atividades recreativas, exercícios de movimentação corporal, atividades culturais e esportivas, psicoterapia individual e de grupo, visitas domiciliares e consultas de enfermagem. Sendo assim, observou-se que os idosos desse programa obtiveram, ao longo desse período, maior interação com a comunidade, atuando nela ativamente; aumentaram seus conhecimentos em relação a saúde e o autocuidado, atuando como multiplicadores desses conhecimentos na própria família; e desenvolveram a sua criatividade e potencial artístico, participando de eventos culturais.

O processo de validação pelo Público-Alvo foi realizado nas residências das pessoas idosas cadastradas no PROASI, em horários pré-estabelecidos por estas pessoas e que foram mais convenientes à pessoa idosa e familiares.

4.6 Considerações éticas

O estudo atendeu a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Amazonas (CEP/UFAM), em 12 de janeiro de 2017(CAAE: 63499916.8.0000.5020) (Anexo A).

Os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice D e E) foram elaborados, buscando uma linguagem clara e objetiva, por meio da qual os integrantes da pesquisa eram esclarecidos sobre os objetivos e métodos que seriam utilizados durante a coleta de dados; sobre a preservação do anonimato e sigilo das informações; sobre o uso de nomes fictícios e sobre o direito de desistir de participar da pesquisa a qualquer momento.

Após a leitura do TCLE para cada integrante da pesquisa, os que concordaram em participar confirmavam sua anuência assinando o TCLE em duas vias; uma via ficava com o pesquisador e outra com os participantes da pesquisa. Antes de dar início à pesquisa de campo foram realizados todos os procedimentos recomendados, bem como a solicitação da anuência ao Programa de Atenção à Saúde do Idoso (PROASI), a qual emitiu a Anuência (Anexo B).

4.7 Riscos e benefícios da pesquisa

4.7.1 Dos riscos

Os riscos decorrentes da participação neste estudo foram mínimos pois a coleta de dados foi realizada por meio de aplicação de um questionário envolvendo a avaliação de uma tecnologia educacional sobre prevenção de trauma na pessoa idosa no contexto domiciliar, que poderia ser motivo de ansiedade e constrangimento ao participante ou outros problemas de ordem psicoemocional. Vale ressaltar que se tais situações fossem identificadas durante a aplicação do questionário os participantes seriam encaminhados para assistência à saúde integral gratuita e ressarcimento a danos direto/indiretos, imediatos/tardios decorrentes da participação nesse estudo. Ressalta-se que não houve nenhuma situação que

promovesse a interrupção da aplicação do questionário ao público-alvo, tendo sido o processo de aplicação do mesmo, realizado sem nenhum tipo de situação que provocasse incômodos ou constrangimentos aos participantes do estudo.

4.7.2 Dos benefícios

Pretende-se, com este estudo, oferecer subsídios capazes de enriquecer o conhecimento científico acerca do processo de produção e validação de Tecnologias Cuidativo-Educacionais em prol da promoção da saúde e prevenção de agravos em prol da elevação da qualidade de vida das pessoas idosas. Espera-se que a cartilha construída neste estudo se constitua um suporte nas ações educativas da equipe multiprofissional da Estratégia Saúde da Família, principalmente do profissional enfermeiro

RESULTADOS E DISCUSSÃO

RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 Primeira Etapa

Os resultados deste estudo se configuraram em duas etapas: a primeira etapa é composta por um manuscrito de Revisão Integrativa da Literatura (RIL), que deu suporte para a construção da cartilha sobre os cuidados preventivos de traumas à pessoa idosa no contexto domiciliar; e a segunda etapa apresenta o processo de validação da cartilha.

5.1.1 A RIL: Artigo de Revisão

Prevenção de traumas na pessoa idosa no contexto domiciliar: um estudo de revisão integrativa¹

Alexandre de Souza Vieira², Ana Paula Pessoa de Oliveira³, Arinete Vêras Fontes Esteves⁴

RESUMO

O envelhecimento humano que ocorre no mundo tem proporcionado mudanças no campo social, econômico e da saúde, tornando pessoas idosas mais ativas e participativas em seu cotidiano, e, quando associado a fatores externos ambientais e comorbidades, tornam-se mais vulneráveis a agravos à saúde. Pessoas idosas vitimadas por estes agravos estão sujeitas a complicações clínicas mais graves, necessitando de internação por longo período de tempo, ocasionado pelo comprometimento fisiológico peculiar à idade, associados a co-morbidades e suas respectivas terapêuticas preexistentes. Este estudo estabeleceu como objetivo descrever as estratégias de prevenção de traumas em pessoas idosas no contexto domiciliar em evidência na literatura. Valeu-se de uma pesquisa que utilizou como metodologia a Revisão Integrativa de Literatua, e fez uso das seguintes bases de dados: PubMed, LILLACS e MEDLINE, nelas foram selecionados artigos que contemplaram alguns critérios de inclusão e exclusão, de acordo com nossa temática de interesse. Assim, foram identificados 537 artigos. Após a leitura dos títulos e resumos, foram selecionados 35 artigos, destes, 29 artigos foram lidos na íntegra, perfazendo um total de 6 artigos finais. O levantamento das informações seguiu as recomendações da *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta – Analysis* (PRISMA), objetivando uma produção mais completa e transparente. Concluiu-se que as estratégias de prevenção e traumas os estudos fizeram menção a quedas e queimaduras no domicílio e evocavam atividades físicas como coadjuvantes na prevenção de quedas em pessoas idosas, além disso, supervisão direta de familiares quando necessário além da incipiente participação do poder público com políticas específicas preventivas de traumas em pessoas idosas.

Palavras-chave: Idoso. Trauma Doméstico. Prevenção.

ABSTRACT

The human aging that occurs in the world has provided changes in the social, economic and health field, making older people more active and participative in their daily lives, and when associated with external environmental factors and comorbidities, they become more vulnerable to health problems. Elderly people affected by these diseases are subject to more severe clinical complications, requiring hospitalization for a long period of time, caused by the physiological involvement peculiar to age, associated with comorbidities and their respective preexisting therapeutics. The objective of this study was to describe strategies for the prevention of trauma in the elderly, in the context of home care, in the literature. It was based on a research that used as a methodology the Literature Integrative Review, and made use of the following databases: PubMed, LILLACS and MEDLINE, in which articles were selected that included some inclusion and exclusion criteria, according to our theme of interest. Thus, 537 articles were identified. After reading the titles and abstracts, 35 articles were selected, of which 26 articles were read in their entirety, making a total of 9 final articles. It was concluded that prevention strategies and trauma studies referred to falls and burns at home and evoked physical activities as coadjuvants in the prevention of falls in elderly people, in addition, direct supervision of relatives when necessary in addition to the incipient participation of public power with specific policies to prevent trauma in the elderly. Keywords: Elderly. Domestic Trauma. Prevention.

1 INTRODUÇÃO

O aumento no quantitativo de pessoas idosas no mundo, tem ocorrido de forma célere e irreversível, sendo considerado um dos fenômenos de maior impacto social no século XXI (LITIVOC; BRITO, 2004).

Quanto a isso, a Organização Mundial de Saúde (OMS) em seu relatório sobre este novo dimensionamento demográfico, apontou como responsável por este perfil a diminuição das taxas de fertilidade, a superação de doenças em virtude do avanço tecnológico, além do acesso à informação (OMS, 2015).

¹ Este artigo é parte da dissertação de mestrado do primeiro autor a ser apresentada no Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade do Estado do Pará (UEPA), em associação com Universidade Federal do Amazonas (UFAM).

² Enfermeiro especialista em Urgência e Emergência, Mestrando pela UEPA em associação com UFAM - rua Teresina, 495 - Adrianópolis, Manaus - AM, 69057-070, Email: professoralexandreufam@yahoo.com.br

³ Enfermeira. Professora Doutora, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, UEPA e UFAM, Manaus - AM, e-mail: enf.pessoa@hotmail.com.

⁴ Enfermeira, Professora Doutora, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, UEPA e UFAM, Manaus - AM, e-mail: arineteveras@bol.com.br

Concernente a essa transição demográfica, o Brasil tem hoje cerca de 19 milhões de pessoas com idade maior ou igual a 60 anos, representando um contingente de pelo menos 10% da população geral, de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Entretanto, o mesmo órgão afirma que até o ano de 2025, seremos o sexto país no mundo no quantitativo de pessoas idosas (IBGE, 2010).

Sob essa ótica, viver mais torna-se desafiador, onde o envelhecer humano apesar de honroso é cercado de alterações fisiológicas diretamente proporcionais ao avanço da idade, tornando pessoas idosas mais vulneráveis a acidentes e traumas. Entretanto, em detrimento a estas mudanças e à comorbidades, estes indivíduos estão mais ativos, logo, mais susceptíveis a acidentes e traumas (LIMA; CAMPOS, 2011).

Na contextualização do trauma, estes eventos são oriundos de causas externas de caráter súbito, muitas vezes violento, gerado por agente físico ou químico de etiologia e extensão variada, acometendo uma ou mais regiões do corpo, proporcionando um acríve nas taxas de morbi-mortalidade por este agravo nesta população (WHO, 2007; SBAIT, 2016).

Ainda sobre trauma em pessoas idosas, estudo realizado por Luz et al. (2011) comparando a relação de acidentes e violência entre adultos idosos e adultos jovens, afirmaram que indivíduos com idade maior ou igual a 60 anos são mais facilmente vitimados por acidentes e traumas, em virtude do perfil fisiológico que comprometem a lesão, sendo hospitalizados com mais frequência, agravando clinicamente e em muitos casos, evoluindo a óbito.

Apesar disso, não somente fatores fisiológicos e patológicos ocasionam acidentes e traumas em pessoas idosas. Freitas et al. (2011), afirmam que fatores extrínsecos ligados ao ambiente como iluminação deficiente, pisos escorregadios e desnivelados, objetos no caminho, inadequação do vestuário e calçados, contribuem de forma efetiva para ocorrerem mecanismos que resultam em trauma. Em função disso, sofrem lesões graves e incapacitantes como fraturas dos membros inferiores, superiores, da coluna vertebral e hemorragias intracranianas (OLIVEIRA et al., 2013; WHITHEMAN et al., 2016) em sua maioria ocasionadas por queda, sendo estas ocorrências frequentes, incapacitantes, recorrentes e muito temida entre pessoas idosas (BRASIL, 2006; LUZ et al., 2011).

Desta forma, o domicílio tem se destacado como o local frequente e comum de traumas e principalmente os oriundos das quedas, fato comprovado por Johnson et al. (2015), quando afirmaram em um estudo sobre as causas de atendimento e internação hospitalar em pessoas idosas vítimas de trauma no Canadá, que este mecanismo de trauma ocorridos no domicílio, representaram um total de 85% das admissões hospitalares neste grupo populacional.

Entretanto não somente as quedas no domicílio merecem destaque neste cenário de acidentes e traumas, mas também as queimaduras. Quanto a isso, Serra et al. (2011), demonstraram em seu estudo sobre pacientes idosos queimados e internados no Centro de Referência de Tratamento de Queimados (CTQ), do Hospital Federal do Andaraí no Rio de Janeiro, que as queimaduras em pessoas idosas são muito comuns neste ambiente. Dos pacientes admitidos, o ambiente doméstico foi o local de ocorrência em 96,7% das admissões. Quanto ao mecanismo da lesão, a chama de fogo foi a causa de 39,2 % dos casos, seguido da combustão do álcool com 27,5% do total dos casos. 35,6% foi a média de superfície corporal queimada e a taxa de óbito de 45%.

Não somente os traumas e queimaduras configuram em traumas em pessoas idosas no contexto domiciliar. Em relação a isso, Luz et al. (2011), em seu estudo afirmam que podem ocorrer também choque e deslocamento de móveis e objetos que apesar de menos frequentes, também podem ser graves, além do crescimento dos casos de agressão física em pessoas idosas por familiares neste contexto, fator emergente e preocupante, contemporaneamente.

Diante da gravidade que cerca o assunto e suas implicações sociais para a saúde das pessoas idosas, esta revisão integrativa tem por proposta subsidiar a produção e validação de uma tecnologia educacional na modalidade cartilha destinada à prevenção de traumas em pessoas idosas no contexto domiciliar.

2 METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa descritiva, retrospectiva, na modalidade de revisão Integrativa de Literatura, realizada no período de dezembro de 2016 a março de 2017.

Esta modalidade de estudo consiste na abordagem metodológica que permite incluir dados que propiciem maior consistência ao fenômeno a ser estudado (WHITTEMORE; KNAFL, 2005).

O levantamento das informações seguiu as recomendações da *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta – Analysis* (PRISMA), objetivando uma produção mais completa e transparente.

De acordo com Teixeira et al. (2013), ao descrever os processos do desenvolvimento de uma Revisão Integrativa de Literatura, afirmam que este método de pesquisa tem sido bastante difundido principalmente entre profissionais de Enfermagem docentes, sendo, portanto, de grande valia para diversas pesquisas.

Para a realização deste estudo, estabeleceram-se seis etapas a saber: **Primeira etapa:** Elaboração da pergunta norteadora; **Segunda etapa:** Estratégia de busca e amostragem da literatura; **Terceira etapa:** Coleta de dados; **Quarta etapa:** Análise crítica dos estudos selecionados; **Quinta etapa:** Discussão dos resultados; **Sexta etapa:** Conclusão (WHITTEMORE; KNAFL, 2005). Os resultados foram dispostos em quadros no programa *Microsoft Word*.

Concebeu-se como questão norteadora o seguinte questionamento: Quais foram as evidências científicas sobre prevenção de traumas em pessoas idosas no contexto domiciliar, no período de 2011 a 2016?

O processo de levantamento dos artigos deu-se por intermédio de busca nas seguintes bases de dados: Literatura latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lillacs); Medical Literature Analysis and Retrieval System on line (Medline) e PubMed.

Para a coleta de dados, foi realizada consulta aos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS/MeSH), utilizando os seguintes descritores, idoso (elderly), prevenção (prevention), trauma (injury), domiciliar (residence) ligados pelo operador booleano "and".

Como estratégia de busca de inclusão estabeleceu-se a eleição de estudos primários relacionados a artigos originais, artigos com resumos e textos integrais, disponíveis *online*, com íntima relação com a temática sobre cuidados preventivos a traumas em pessoas idosas no contexto domiciliar, publicados em inglês, espanhol e português, entre os anos de 2011 e 2017.

Os critérios de exclusão foram aplicados aos artigos que não estavam disponíveis na íntegra para consulta, assim como também dissertações, teses,

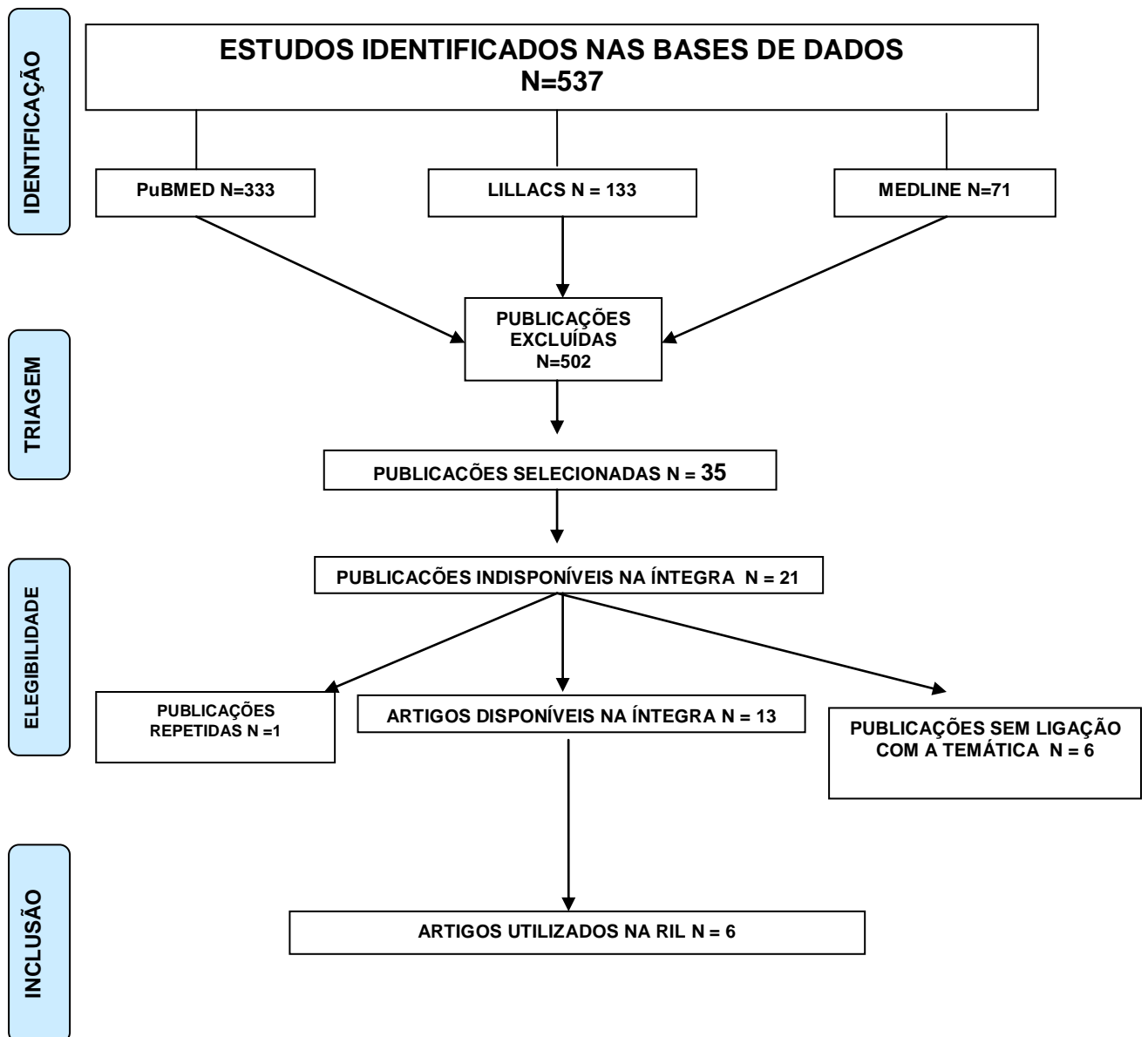
relatos de experiência, anais, revisões integrativas e sistemáticas, bem como aqueles que não retrataram aproximação e afinidade com a temática em estudo.

Para ordenação e análise minuciosa dos dados foi elaborado um instrumento com a finalidade de permitir melhor objetividade e compreensão dos resultados obtidos, constituído sequencialmente por: título do artigo, ano de publicação, autor(es), país de estudo, natureza do estudo, base de dados, objetivo geral e descritores, optando-se por colocar em ordem cronológica de publicação. Este ordenamento permitiu a realização de uma análise crítica e reflexiva dos estudos levantados, os quais foram submetidos à minuciosa e criteriosa leitura. Após a devida análise do material levantado, realizou-se a apresentação dos resultados e posteriormente a discussão que permitiram a elaboração e construção da conclusão da revisão integrativa de literatura, objetivo do estudo.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nas bases de dados foram encontradas 537 publicações que mencionavam traumas em pessoas idosas, que após uma nova triagem, mediante a releitura dos corrigidotítulos e resumos, selecionou-se 35 artigos que tinham afinidade com a temática e que respondiam à questão norteadora, tendo sido lidas na íntegra. Destes, foram excluídos 29, resultando em 6 artigos que responderam à pergunta norteadora conforme demonstrado na Figura 5.

Figura 5 - Fluxograma de publicações científicas selecionadas para análise quantitativa da RIL.



Fonte: Dados da pesquisa.

Tabela 1 - Artigos pesquisados de acordo com título, ano de publicação, autores, país do estudo, natureza do estudo, base de dados, objetivo geral e descritores

N. DE ORDEM	TÍTULO DO ARTIGO	ANO DE PUBLICAÇÃO	AUTORES	PAÍS DO ESTUDO	NATUREZA DO ESTUDO	BASE DE DADOS	OBJETIVO GERAL	DESCRIPTORES
1	Aptidão física e ocorrência de quedas em idosos praticantes de exercícios físicos	2011	Streit et al.	Brasil	Descritivo Investigativo	LILLACS	Avaliação da atividade física e ocorrência de quedas	quedas, idosos, exercício físico
2	Queimaduras em pacientes da terceira idade: epidemiologia de 2011 a 2010	2011	Serra et al.	Brasil	Quantitativo Descritivo Exploratório	LILLACS	Analisar o perfil epidemiológico dos pacientes idosos queimados internados em um centro de tratamento de queimados	queimaduras, idoso, unidades de queimados
3	Epidemiology of home injuries during a six-year period in Kashan, Iran	2012	Fazel et al.	Iran	Transversal Retrospectivo	PubMed	Avaliar os mecanismos de injúrias em pessoas no contexto domiciliar	epidemiology, home, injury
4	Ações institucionais alicerçadas em diagnósticos de enfermagem na prevenção de quedas em idosos	2014	Valcarenghi et al	Brasil	Pesquisa Qualitativa, Exploratória, Descritiva Observacional	LILLACS	Estabelecer os diagnósticos de enfermagem como fatores de prevenção as quedas em idosos	geriatric assessment, accidental falls, geriatric nursing,
5	Whats is this effect of a combined physical activity and fall prevention intervention anhanced with health coaching and pedometers on olders adults physical activity levels and mobility-relatd goals?:study protocol for a randomised controlled trial	2015	Tiedeman et al.	Austrália	Randomizado Controlado	PubMed	Estabelecer o relacionamento da atividade física e mobilidade com a prevenção de quedas em pessoas idosas	physical activity, exercise, prevention, aged, health intervention studies, accidental falls, pedometer
6	Major trauma and the elder west virginian: a six year review at a level I trauma center	2016	Whiteman et al.	Estados Unidos da América	Estudo Retrospectivo Observacional	PubMed	Descrever as causas das lesões traumáticas graves e o impacto destas lesões sobre o sistema de saúde e sobre os próprios idosos	*****

Fonte: Dados da Pesquisa (2017).

O quadro nº. 1 mostra o panorama dos estudos trabalhados, no que se refere ao título do artigo, ano de publicação, autores, país, natureza do estudo, base de dados objetivo geral e descritores.

Em relação ao país de publicação, os resultados apontaram o Brasil com o maior número de publicações com 3 estudos (50%). Os demais estudos foram do Iran, 1 estudo (16,66%), Canadá um estudo (16,66%) e Estados Unidos, com uma publicação (16,66%).

Em relação ao ano de publicação, 2011 foi o ano que mais foram publicados os estudos, totalizando dois (33,3%), 2012 um (16,6%), 2014 com uma publicação (16,6%) seguido do ano de 2015 com uma publicação (16,6%) e 2016 com uma (16,6%). Não foram registradas publicações que tivessem relação com a temática no ano de 2013.

Quanto as bases de dados, as que mais apresentaram artigos selecionados foram respectivamente a National Library of Medicine (PubMed) com três artigos (50%) dos estudos, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciência da Saúde (Lilacs) com três artigos (50%). Nenhum artigo foi selecionado na Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (Medline).

Em relação aos periódicos, no cenário brasileiro, um foi publicado na área de de Enfermagem (16,6%), outro em periódico específico sobre queimaduras (16,6%) e finalmente um no setor de Atividade Física (16,6%).

No âmbito internacional, dois periódicos foram publicados na área de Saúde Pública (33,3%) e um na área de trauma (16,6%).

O estudo evidenciou a multidimensionalidade existente quando o assunto está relacionado a traumas em pessoas idosas no contexto domiciliar.

Quanto ao delineamento dos estudos, os resultados apontaram os seguintes caminhos metodológicos: dois descritivos (33,3%), dois retrospectivos (33,3%) um randomizado (16,6%) e um último qualitativo (16,6%).

Tabela 2 - Estratégias de prevenção evidenciadas nos artigos citados nas publicações levantadas pela RIL

ESTRATÉGIAS PREVENTIVAS ABORDADAS NOS ESTUDOS	ESTUDOS	N	%
ATIVIDADE FÍSICA COMO PREVENÇÃO DE QUEDAS	1 e 5	3	33,3
MUDANÇA NO ESTILO DE VIDA, HÁBITOS DE SAÚDE E ATIVIDADE FÍSICA	1 e 3	2	33,3
AVALIAÇÃO CLÍNICA E FARMACOLÓGICA PERIÓDICA E ATIVIDADE FÍSICA	4	1	16,66
SUPERVISÃO DAS ATIVIDADES INERENTES A MANIPULAÇÃO DE FOGO, OBJETOS E LÍQUIDOS SUPERAQUECIDOS POR PESSOAS IDOSAS	2	1	16,66
	TOTAL	6	99,92

Fonte: Elaborado pelo Autor.

Dos 6 artigos indicados pelos resultados, 3 (50%) trouxeram medidas de prevenção de quedas em pessoas idosas, sendo 2 destes provenientes do Brasil. O estudo de Freitas et al. (2006), mostra que o índice de quedas tende a aumentar progressivamente com a idade. No Brasil, 30% dos idosos caem pelo menos uma vez por ano e que em pessoas com idade entre 65 e 74 anos, este índice é de 32%, aumentando progressivamente para 35% em pessoas com idade entre 75 e 84 anos e para 51% nos indivíduos acima dos 85 anos (FREITAS et al., 2006).

Em virtude das quedas em pessoas idosas ser um evento bastante preocupante, tanto pela frequência quanto pelas consequências em relação à qualidade de vida, medidas preventivas precisam ser adotadas para minimizar problemas secundários decorrentes das mesmas (ANDRADE; MARTINS, 2016).

Em estudo realizado por Miranda, Mota e Borges (2010) mostra que os fatores de risco para as quedas estão relacionados às causas extrínsecas existentes nas residências, destacando-se os carpetes soltos ou com dobras, presença de escadas ou objetos de difícil acesso e transposição pelo idoso.

Os resultados dessa pesquisa mostraram que as estratégias preventivas abordam medidas preventivas para quedas e queimaduras nas pessoas idosas, como a realização de exercícios físicos, avaliação clínica e farmacológica periódicas por profissionais de saúde e o acompanhamento familiar constante no desenvolvimento de tarefas domésticas que podem ocasionar queimaduras.

Os estudos 1 e 5 (33%) apontaram um direcionamento para a predominância da atividade física como fator preventivo de quedas especificamente. De acordo com Zawadski e Vagetti (2007), o exercício físico é considerado como meio mais importante para atravessar o envelhecimento com saúde. Silva et al. (2010), afirmam que um melhor condicionamento físico impede a atrofia muscular, perda de força, além de aumentar a resistência localizada, melhorando a mobilidade articular. Nesta perspectiva pressupõe-se que a atividade física seria uma estratégia preventiva importante.

A mudança de hábitos de saúde associada à atividade física como estratégia preventiva de quedas em pessoas idosas foi apontada em dois estudos (33,3%). A mudança da concepção sobre hábitos de vida pode contribuir com a prevenção de acidentes e traumas, fato este evidenciado por De Freitas et al. (2015), quando afirmam que reorganizar fatores modificáveis como sono e força muscular por intermédio da atividade física podem contribuir para a prevenção de quedas em pessoas idosas. Outra vertente sobre a mudança destes hábitos é que também podem ser transformados pela participação direta da família e comunidade como forma de redução de fatores que desencadeiam quedas por intermédio da educação em saúde (ABREU et al., 2013).

A avaliação clínica e farmacológica periódica foi também uma estratégia preventiva de quedas citada nos resultados do estudo e também associada à atividade física, reportada em um estudo, o de no. 5 (16,66%). Quanto a isso Kuehleis et al. (2010) afirmam que o rastreamento de ações preventivas em saúde, em pessoas idosas, como reavaliação clínica e controle terapêutico são capazes de reduzir riscos e complicações futuras.

Para melhor entendimento do perfil de idosos que caem, Gasparotto et al. (2014) abordam que a influência de doenças como hipertensão arterial, coronariopatias, diabetes, déficits relacionados a questões sensoriais e motoras, além das complicações farmacológicas se configuram como fatores de risco para quedas em pessoas idosas (GASPAROTTO et al., 2014).

A ingestão de medicamentos prescritos ou não por pessoas idosas que possuem doenças crônicas são comuns, como os benzodiazepínicos, neurolépticos, antidepressivos, analgésicos narcóticos, podem aumentar consideravelmente o risco de quedas (DEGANI et al., 2014). Para tanto é fundamental o controle do consumo, assim como a supervisão das dosagens e horários.

Medidas preventivas relacionadas à prevenção de traumas, como as queimaduras, foram evidenciadas também nos resultados desse estudo. Um (16,66%) dos estudos aduz que tal evento está relacionado à manipulação com fogo, objetos e líquidos superaquecidos, com importante repercussão clínica em pessoas com idade maior ou igual a 60 anos. O estudo mostra que a queimadura é considerada uma séria e importante causa de trauma comum em pessoas idosas no contexto domiciliar e conseqüentemente um grave problema de saúde pública.

As estratégias preventivas, pertinentes a este agravo, apontadas na pesquisa, consistiram no suporte familiar, ou seja, o acompanhamento de uma pessoa no momento em que o idoso fosse executar tarefas envolvendo a manipulação de fogo, objetos e líquidos superaquecidos. Esta menção se faz muito polêmica e conflituosa para idosos, pois nem todos moram com seus familiares ou assumem a necessidade de que alguém os supervisione na execução destas tarefas. Ainda sobre a estratégia preventiva para este agravo citada no estudo, as campanhas de conscientização podem ser consideradas um veículo importante para a prevenção deste tipo de trauma em pessoas idosas no contexto domiciliar.

Quanto a este evento, idosos vitimados de queimaduras agravam rapidamente, representam 49% das mortes em unidades especializadas de queimaduras, com uma prevalência equivalente a 5 vezes maior quando comparado com vítimas mais jovens (ALEXANDER; COGHLAN; GREENWOOD, 2014).

A despeito de sua ocorrência, campanhas educativas são importantes para a população conhecer e se conscientizar sobre a necessidade da prevenção de acidentes domésticos que levem a queimaduras (COSTA et al., 2017).

4 CONCLUSÃO

Os resultados encontrados sobre a produção científica relativo aos cuidados preventivos de traumas em pessoas idosas apresentados nesses 06 artigos publicados, na maioria, em periódicos nacionais, nos onze anos pesquisados, demonstraram ser incipiente, pois os estudos não detalharam os cuidados específicos que os idosos e seus familiares precisam adotar para evitar os traumas.

As evidências científicas referentes à prevenção de traumas em pessoas idosas demonstradas nos resultados dessa revisão integrativa se apresentaram de forma tímida e pontual nos estudos pesquisados, uma vez que algumas medidas

relacionadas à prevenção de quedas e queimaduras foram levantadas e muito pouco exploradas.

Os cuidados preventivos de traumas em idosos que foram apontados nos estudos estão diretamente relacionados à execução de atividades físicas para evitar as quedas além da necessidade de supervisão familiar como principal fator para impedir as queimaduras no ato do desenvolvimento das tarefas diárias pelos idosos.

Essa revisão integrativa mostra ainda a necessidade da construção de mais evidências científicas relacionadas às medidas preventivas de traumas em pessoas idosas, principalmente no contexto domiciliar, local onde a autonomia e a independência de cada um precisa ser estimulada e valorizada por todos em prol da elevação da qualidade de vida, especialmente do ser idoso. Nesta perspectiva, a construção e a produção de tecnologia cuidativo-educacional acerca da amenização e/ou eliminação de fatores de riscos que podem levar ao trauma em idosos no seu próprio domicílio, será imprescindível no suporte aos profissionais de saúde no cuidado gerontogeriátrico.

REFERÊNCIAS

1. ABREU, Débora Regina de Oliveira Moura et al. Fatores associados à recorrência de quedas em uma coorte de idosos. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 11, p. 3439-3446, nov. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016001103439&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 dez. 2016.
2. ALEXANDER, W.; COGHLAN, P.; GREENWOOD, J. A ten-year retrospective analysis of cement burns in a tertiary burns center. **J. Burn Care Res.**, v. 35, n. 1, p. 80-83, 2014. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24270083>>. Acesso em: 20 dez. 2016
3. ANDRADE, A.; MARTINS, R. Funcionalidade familiar e qualidade de vida dos idosos. **Millenium-Journal of Education, Technologies, and Health**, n. 40, p. 185-199, 2016.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Básica: envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Normas e Manuais Técnicos**. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
5. COSTA, C. F. et al. Perfil de pacientes que sofreram queimaduras no Brasil: uma revisão integrativa. **REAS-Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. Sup. 8, p. 624-632, 2017. Disponível em: <<http://acervosaud.dominiotemporario.com/doc/REAS57.pdf>>. Acesso em: 20 dez. 2016

6. DE FREITAS, A. F. et al. Sarcopenia e estado nutricional de idosos: uma revisão da literatura. **Arquivos de Ciências da Saúde**, [S.l.], v. 22, n. 1, p. 9-13, mar. 2015. Disponível em: <<http://www.cienciasdasaude.famerp.br/index.php/racs/article/view/19>>. Acesso em: 20 dez. 2016.
7. DEGANI, G. C. et al. Idosos vítimas de trauma: doenças preexistentes, medicamentos em uso no domicílio e índices de trauma. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 67, n. 5, p. 759, 2014.
8. FAZEL, M. et al. Epidemiology of home – related injuries during a six year period in Kashan, Iran. **Archives of trauma research**. v. 1, n. 3, p. 118-122, 2012. Disponível em: <http://www.archtrauma.com/page=article&article_id=7709> Acesso em: 20 dez. 2016.
9. FREITAS, E. et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Guanabara Koogan, 2006.
9. FREITAS, R. et al. Cuidado de enfermagem para prevenção de quedas em idosos: proposta para ação. **Rev Bras Enferm**, Brasília, DF, v. 64, n. 3, mai./jun. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n3/v64n3a11.pdf>>. Acesso em: 11 dez. 2015.
10. GASPAROTTO, L. P. R.; et al. As quedas no cenário da velhice: conceitos básicos e atualidades da pesquisa em saúde. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 201-209, mar. 2014. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232014000100201&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 29 ago. 2017.
11. GOES, Thais Monteiro; POLARO, Sandra Helena Isse; GONÇALVES, Lucia Hisako Takase. Cultivo do bem viver das pessoas idosas e tecnologia cuidativo-educacional de enfermagem. **Enfermagem em Foco**, v. 7, n. 2, p. 47-51, 2016.
12. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira, 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/imprensa/ppts/0000000144.pdf>>. Acesso em 15 ago 2017.
13. JHONSON, S.; KELLY, S.; RASALI, D. **Injury Epidemiology**, v. 2, n. 24, 2015. Disponível em: <<https://www.doi.org/10.1186/s40621-015-0056-1>>. Acesso em: 29 nov. 2016.
14. KUEHLEIN, T. et al. Quaternary prevention: a task of the general practitioner. **Primary Care**, v. 18, 2010.
15. LIMA, R. S.; CAMPOS, M. L. P. Perfil do idoso vítima de trauma atendido em uma Unidade de Urgência e Emergência. **Rev Esc Enferm USP**, v. 45, n. 3, p. 659-64, 2011.

- 16.LITVOC, J; BRITO, F. C. Envelhecimento: promoção e prevenção da saúde. São Paulo: Atheneu, 2004.
- 17.LUZ, T. et al. Violências e acidentes entre adultos mais velhos em comparação aos mais jovens: evidências do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 11, p. 2135-2142, nov. 2011. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2011001100007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 jan. 2017.
- 18.MIRANDA, R. V.; MOTA, V. P.; BORGES, M. M. M. C. Quedas em idosos: identificando fatores de risco e meios de prevenção. **Revista Enfermagem Integrada**, v. 3, n. 1, p. 453-464, 2010.
- 19.OLIVEIRA, F. et al. Caracterização do trauma em idosos atendidos em Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. **Rev. Rene**, v. 14, n. 5, p. 945-50, 2013. Disponível em: <<http://200.129.29.202/index.php/rene/article/view/3625>>. Acesso em: 13 fev. 2016.
- 20.ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Relatório mundial de envelhecimento. 2015. Disponível em: <sbgg.org.br/wp-content/uploads/2015/10/oms-envelhecimento-2015-port.pdf>. Acesso em: 14 jan. 2017.
- 21.ROLITA, L.; et al. Greater number of narcotic analgesic prescriptions for osteoarthritis is associated with falls and fractures in elderly adults. **J Am Geriatr Soc**. v. 61, n. 3, p. 335-40, 2013.
- 22.SERRA, M. et al. **Queimadura em pacientes da terceira idade: epidemiologia de 2001 a 2010**. Revista Brasileira de Queimaduras. 10(4): 111-113 out-dez. 2011. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=750419&indexSearch=ID>>. Acesso em: 3 nov. 2016.
- 23.SILVA, R. S. et al. Atividade física e qualidade de vida. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 15, n. 1, p. 115-20, 2010.
- 24.SOCIEDADE BRASILEIRA DE ATENDIMENTO INTEGRADO AO POLITRAUMATIZADO. SBAIT, 2016. Disponível em: <<http://www.sbait.org.br/>>. Acesso em: 10 mar. 2016.
- 25.STREIT, I. et al. Aptidão física e ocorrência de quedas em idosos praticantes de exercícios físicos. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 16, n. 4, p. 346-352, 2012. Disponível em <<http://dx.doi.org/10.12820/rbafs.v.16n4p346-352>>. Acesso em: 3 nov. 2016.
- 26.TEIXEIRA, E. et al. Revisão Integrativa da Literatura passo-a-passo & convergências com outros métodos de revisão. **Revista de Enfermagem da UFPI**, v. 2, especial. p. 3-7, 2013.

27.VALCARENGHI, R. et al. Ações institucionais alicerçadas em diagnósticos de enfermagem para prevenção de quedas em idosos. **Revista Rene.**, v. 15, n. 2, 2014. DOI: 10.15253/2175-6783.2014000200006. Disponível em: <<http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/11563>>. Acesso em: 12 jan. 2017.

28.VAZIRI, D. et al. Exploring user experience and technology acceptance for a fall prevention system: results from a randomized clinical trial and a living lab, **European Review of Aging and Physical Activity**, v.13, n. 6, 2016. Disponível em: <DOI10.1186/s11556-016-0165-z>. Acesso em: 12 jan. 2017.

29.WHITEMAN, C. et al. Major Trauma and the Elder West Virginian: A Six Year Review at a Level I Trauma Center, **W V Med Journal**. v. 112, n. 3, p. 94–99, 2016. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4926309/>>. Acesso em: 3 jan. 2017.

30.WHITTEMORE, R.; KNAFL, K. The integrative review: updated methodology. **J Adv Nurs.**, v. 52, n. 5, p. 546-532, 2005.

31.WORLD HEALTH ORGANIZATION. Preventing injuries and violence: a guide for ministries of health. Geneva: World Health Organization; 2007.

32.ZAWADSKI, A.B.R.; VAGETTI, G.C. Motivos que levam idosas a frequentarem a sala de musculação. **Movimento & Percepção**, Espírito Santo do Pinhal, SP, v. 07, n; 10, jan./jun. 2007

5.1.2 A Produção da Cartilha: organização e diagramação

A cartilha foi produzida com base nas evidências científicas apresentadas pela RIL e nas vivências adquiridas, ao longo do mestrado, na participação das atividades do PROASI, principalmente nas visitas domiciliares aos idosos. Muitos dos idosos visitados não são alfabetizados ou possuem um grau de escolaridade muito baixo, o que levou a produção de uma cartilha com valorização maior das imagens do que da linguagem escrita. Com base na perspectiva de uma tecnologia educacional inclusiva, é que houve a preocupação para que as imagens fossem bem claras, simples, objetivas e diretas, de modo que falassem por si só.

No transcorrer da produção, a regionalização amazônica foi inserida na contextualização gráfica da cartilha, incluindo estilo, ambientação, aspectos antropológicos voltados para a caracterização cronológica e fisionômica dos personagens. A composição escrita teve como fonte o modelo *Open Sans* tamanho 15, aplicada nos títulos; os textos foram confeccionados com fonte 14 e nos balões explicativos fonte 11. Toda cartilha foi construída no programa *Word 2010*® da

Microsoft® e posteriormente adequados ao programa *Adobe Indesign 2017®*, totalizando o quantitativo de 27 páginas.

A composição geral da cartilha seguiu uma sequência lógica de evidências, representada pelos mecanismos de traumas mais comuns e suas respectivas lesões em pessoas idosas no contexto domiciliar, sendo dispostas de forma harmoniosa nas páginas. Por uma questão técnica, a cartilha foi confeccionada na posição vertical e no momento da impressão final, na posição horizontal.

Todo este percurso foi norteado nos pressupostos estabelecidos por Moreira, Nóbrega e Silva (2003), onde afirmam que a ordenação dos assuntos permite melhor entendimento das informações propostas.

Nesse percurso construtivo, a habilidade técnica do *designer* foi fundamental, captando e transcrevendo de forma coerente, os detalhes do constructo, propondo-se a ajustar os quesitos inerentes a arte, *layout* e legibilidade. A primeira versão da cartilha ficou intitulada “**Evite traumas em idosos no Domicílio: o cuidado em suas mãos!**” a qual foi enviada aos participantes da pesquisa para ser iniciada o processo de validação.

5.2 Segunda Etapa: A validação da cartilha

Os resultados desta etapa estão organizados com a caracterização dos juízes especialistas e público-alvo participantes do estudo, em seguida a interpretação e análise dos resultados das respostas sobre o constructo pelos juízes e de avaliação da semântica pelo público-alvo.

5.2.1 Validação dos juízes especialistas - Perfil e resultados

O processo de validação da cartilha teve início com a seleção dos profissionais considerados especialistas na área do constructo avaliado, sendo nomeados como **juízes especialistas** divididos em dois grupos: **grupo dos juízes da área de saúde** e o **grupo dos juízes de outras áreas**.

O total de juízes foi 13, sendo 9 **da área de saúde** e 4 **de outras áreas** e tiveram função essencial o processo de validação, analisando a representatividade das ideias em relação ao conteúdo específico, assim como a temática da cartilha e a relevância dos objetivos a que se pretendia atingir. Fizeram parte deste grupo 3

médicos geriatras, 2 médicos ortopedistas, 1 enfermeiro emergencista, 1 enfermeiro, 1 assistente social e 1 fisioterapeuta, todos gerontólogos.

Estes participantes foram selecionados de acordo com critérios previamente estabelecidos na metodologia como: avaliação da titulação na área, tempo de atuação profissional e produção científica. Todos alcançaram 5 pontos, como determinava a pontuação dos critérios exigidos, conforme apresentado no **quadro 3**.

Quadro 3 - Perfil dos juizes especialistas da área da saúde.

FISIOTERAPEUTA	ASSISTENTE SOCIAL	ENFERMEIRO EMERGENTISTA	ENFERMEIRO GERONTÓLOGO	MÉDICO ORTOPEDISTA	MÉDICO ORTOPEDISTA	MÉDICO GERIATRA	MÉDICO GERIATRA	MÉDICO GERIATRA	PROFISSÃO
RIO JURUÁ	RIO JUTAI	RIO BRANCO	RIO JAPURÁ	RIO PURUS	RIO JAVARI	RIO SOLIMÕES	RIO NEGRO	RIO AMAZONAS	CÓDIGO
F	F	M	M	M	M	M	F	M	GÊNERO
30	45	48	37	61	43	66	56	45	IDADE
DOCENTE ASSISTENCIAL	DOCENTE ASSISTENCIAL	DOCENTE ASSISTENCIAL	DOCENTE ASSISTENCIAL	DOCENTE ASSISTENCIAL	DOCENTE ASSISTENCIAL	DOCENTE ASSISTENCIAL	DOCENTE ASSISTENCIAL	DOCENTE ASSISTENCIAL	FUNÇÃO EXERCIDA
DOUTOR	MESTRE	MESTRE	MESTRE	DOUTOR	DOUTOR	DOUTOR	DOUTOR	DOUTOR	TITULAÇÃO
UFMG	UNIVERSIDADE DO ESTADO DO AMAZONAS UEA	PUC/PARANÁ	UNIVERSIDADE DO ESTADO DO AMAZONAS UEA	UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE RJ	INST. NACIONAL DE TRAUMATO ORTOPEDIA - INTORJ	FAC. MEDICINA JUNDIAÍ/SP	UERJ UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO /RJ	UNB UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA /DF	INSTITUIÇÃO
7	10	24	9	20	4	6	27	15	UF
7	**	26	**	36	19	40	30	15	EXPERIÊNCIA NA DOCÊNCIA EM ANOS
5	4	**	2	35	48	57	24	33	EXPERIÊNCIA NA ASSISTÊNCIA
3	**	11	**	1	4	16	15	13	No. DE ARTIGOS PUBLICADOS
									ORIENTAÇÕES DE TRABALHOS CIENTÍFICOS

Fonte: Pesquisa de campo (2017)

Nove **juízes-especialistas da área da saúde** foi composta por 6 médicos e 3 enfermeiros, uma escolha proposital por se tratar de uma cartilha que possa ser usada principalmente por enfermeiros em suas mais diversas áreas de atendimento à saúde da pessoa idosa.

Os resultados inerentes à análise dos currículos dos juízes especialistas da área da saúde, evidenciaram que a média de idade variou entre 30 e 66 anos. Quanto à titulação, todos os juízes da saúde tinham pós-graduação *Stricto Sensu*, sendo 6 doutores e 3 mestres, destes 1 estava cursando doutorado em gerontologia. Quanto ao tempo de experiência profissional destes juízes, 100% atuam na área de saúde do idoso, na docência ou assistência, variando entre 4 e 27 anos. Observa-se a predominância de juízes com experiência em docência, seja na graduação ou na pós-graduação, favorecendo um olhar voltado na compreensão do contexto educativo da cartilha.

A produção científica deste comitê julgador está constituída de dissertações, teses, artigos e orientações na área da saúde do idoso e variou entre 2 e 57 produções, o que reflete a atividade do pesquisador na comunidade científica, permitindo a troca e perpetuação do conhecimento, disseminando informações no meio científico.

Participaram do processo de validação juízes da região Sudeste (5), Norte (2), Sul (1) e Centro Oeste (1). Não houve representação da região Nordeste, pois o Juiz selecionado não conseguiu responder ao questionário em tempo hábil. O segundo grupo, composto por juízes de outras áreas, foi constituído por 1 comunicador social, 1 *designer*, 1 pedagogo e 1 professor de libras. Todos alcançaram o mínimo de 3 pontos, conforme determinava a pontuação dos critérios exigidos. Esses juízes tiveram função indispensável na avaliação da cartilha, no que se refere ao julgamento da organização do processo de transmissão de saberes referentes à didática, diagramação e o estado da arte do que se pretende alcançar junto ao público-alvo a que se destina essa TE.

Esse grupo de juízes possuem idades entre 29 e 50 anos, com titulação mínima em *lato-sensu* e máxima *stricto-sensu*, com o título de pós doutorado. na área de atuação. Os quatro profissionais deste grupo possuem experiência na docência em suas respectivas áreas, possuindo produção científica variando entre 1 a 29 registros envolvendo orientações de trabalhos científicos e publicações de

periódicos. O profissional de *designer* possui ampla experiência em editoração eletrônica de tecnologias educativas. Em relação à procedência, dois juízes eram do Amazonas, um do Paraná e Rio Grande do Sul, conforme apresentado no Quadro 4.

Quadro 4 - Perfil dos juízes de outras áreas

PROFISSÃO	DESIGNER E PROF UNIVERSITÁRIO	DOCENTE DE LÍNGUAS E LIBRAS	COMUNICADOR SOCIAL	PEDAGOGO
CÓDIGO	RIO JARI	RIO BRANCO	RIO PRETO	RIO TAPAJÓS
GÊNERO	M	M	F	F
IDADE	43	29	50	50
FUNÇÃO EXERCIDA	DOCENTE	DOCENTE	DOCENTE	DOCENTE
TITULAÇÃO	ESPECIALISTA	MESTRE	PhD	PhD
INSTITUIÇÃO	FACULDADE MARTHA FALCÃO MANAUS	UNIVERSIDADE DO ESTADO DO AMAZONAS - UEA	UNISINOS/RS	UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA -UEL /PR
UF	AM	AM	RS	PR
EXPERIÊNCIA NA DOCÊNCIA EM ANOS	7	4	14	23
EXPERIÊNCIA NA PROFISSÃO EM ANOS	1	7	28	28
ARTIGOS PUBLICADOS EM PERIÓDICOS	--	1	28	17
ORIENTAÇÃO EM TRABALHOS CIENTÍFICOS	10	1	21	39

Fonte: Dados da Pesquisa.

Todos os juízes foram codificados com nomes dos rios da Amazônia, cuja finalidade foi a de manutenção do sigilo.

5.2.2 Validação pelo Público Alvo - Perfil e resultados

O público-alvo participante desse estudo é constituído de 5 pessoas idosas e de um membro da família de cada, totalizando 10 pessoas, agregados em 5 núcleos familiares, afim de estabelecer-se uma compreensão mais ampla das relações sociais, parentais e educacionais destes participantes. As pessoas idosas receberam como código nome de flores e os familiares, nomes de cidades do estado do Amazonas.

O quadro 5 apresenta o perfil dos idosos e familiares participantes do estudo quanto à idade, gênero, escolaridade e grau de parentesco. Dos idosos participantes, 2 são alfabetizados e 3 idosos não sabem ler e nem escrever.

Quadro 5 - Perfil das pessoas idosas e seus familiares

NÚCLEO FAMILIAR	CÓDIGO		IDADE		GÊNERO / PARENTESCO		GÊNERO / PARENTESCO	
	No.	PESSOA IDOSA	FAMILIAR	PESSOA IDOSA	FAMILIAR	PESSOA IDOSA		FAMILIAR
1	GIRASSOL/NA		SILVES	89	42	FEMININO/MÃE	FEMININO	SUPERIOR COMPLETO
2	BEGÔNIA /NA		TEFÉ	69	47	FEMININO/MÃE	FEMININO	MÉDIO COMPLETO
3	MARGARIDA/NA		MANACAPURU	77	53	FEMININO/SOGRA	FEMININO	FUNDAMENTAL COMPLETO
4	ROSA /A		IRANDUBA	70	44	FEMININO/MÃE	FEMININO	MÉDIO COMPLETO
5	CRAVO /A		PARINTINS	75	24	MASCULINO/AVÔ	MASCULINO	FUNDAMENTAL

Fonte: Pesquisa de campo (2017).

A idade das pessoas idosas está no intervalo de 69 e 89 anos, com predominância do sexo feminino (80%) e apenas um idoso representou o sexo masculino. Em relação ao grau de escolaridade, os dois idosos alfabetizados possuem o ensino médio completo.

Em relação aos familiares das pessoas idosas, participaram do estudo 3 filhas (60%), 1 nora (20%) e 1 neto (20%), com idade variando entre 24 e 53 anos. Assim como as pessoas idosas, o sexo feminino possuiu predominância entre os familiares, com apenas uma representação masculina. Quanto ao nível de escolaridade, 2 familiares (40%) possui o ensino médio completo, 2 (40%) com ensino fundamental também completo e 1 familiar com nível superior completo.

5.2.3 Análise quantitativa dos resultados obtidos no julgamento da cartilha pelos juízes especialistas

Na validação do constructo, os juízes especialistas tiveram a função de avaliar três blocos, mediado pelo preenchimento de um questionário constituído por opções de respostas inerentes a 21 itens propostos por este instrumento. Esta avaliação está relacionada aos objetivos, estrutura, apresentação e relevância, onde o julgador dispensou a cada item uma resposta condicionada a concepção da informação dedicando a eles escores relacionados a: **Totalmente Adequados (TA), Adequados (A), Parcialmente Adequados (PA) e Inadequados (I)**.

A avaliação foi realizada a partir da atribuição de valores, considerando para as opções de **TA e A (+1)** que correspondem aos itens **positivo**; para os itens **PA (0)** que não são considerados nem a **positivos nem negativos ou indecisão**; e para a opção **I (-1)**, os itens são **negativos**. Quando há respostas **PA** ou **I**, os juízes-especialistas foram instruídos a justificarem a sua escolha (NIETSCHE; TEIXEIRA; MEDEIRO, 2014).

Com base na ordem do questionário de avaliação, a Tabela 3 apresenta a distribuição geral dos índices percentuais de cada item dos escores obtidos. A análise quantitativa constatou que, na somatória do **Total Geral** das 268 respostas (100%) 248 (92,53%) apresentaram um percentual total de concordância, destes 193 (72,01%) escores foram avaliados como TA e 55 (20,52%) como A. A escolha do escore de PA foi de (6,71%) 18 e apenas 2 (0,74%) foi para I, indicando que a propensão de discordância foi inferior a média de concordância, sendo assim a cartilha foi validada, pois obteve o alcance superior a 70% pré-estabelecido neste estudo, de acordo com a **Tabela 3**.

Tabela 3 - Distribuição dos escores obtidos pela avaliação dos juizes especialistas, segundo objetivos, estrutura, apresentação e relevância e o percentual calculado de cada item nos 3 blocos.

ITENS	ESCORES N=13% DOS ESCORES = (N*100)/ESCORES				PERCENTUAL DE CONCORDÂNCIA POR ÍTEM TA+A *100/n(%)	ESCORE PARA ANÁLISE QUANTITATIVA % ta +a 100/N(%)
	TA	A	PA	I	TA+A	+1
BLOCO 1 - OBJETIVOS						
1.1	10	3			100%	+1
1.2	13				100%	+1
1.3	10	3			100%	+1
1.4	6	6	1		92%	+1
1.5	11	2			100%	+1
SUBTOTAL	50	14	1		98,4%	100%
PERCENTUAL	76,92%	21,53%	1,53%		98,45%	
BLOCO 2 - ESTRUTURA E APRESENTAÇÃO						
2.1	9	2	2		85%	+1
2.2	10	3			100%	+1
2.3	9	3	1		92%	+1
2.4	8	4	1		92%	+1
2.5	8	4	1		92%	+1
2.6	11	2			100%	+1
2.7	9	2	1		85%	+1
2.8	9	4			100%	+1
2.9	12		1		92%	+1
2.10	8	2			77%	+1
2.11	9	2		1	85%	+1
SUBTOTAL	102	28	7	1	90,90%	100%
PERCENTUAL	73,91%	20,28%	5,07%	0,72%	94,19%	
BLOCO 3 - RELEVÂNCIA						
3.1	9	2	2		85%	+1
3.2	7	3	2	1	77%	+1
3.3	7	3	3		77%	+1
3.4	9	3	1		92%	+1
3.5	9	2	2		85%	+1
SUBTOTAL	41	13	10	1	83,2%	100%
PERCENTUAL	63,07%	20%	15,38%	1,53%	83,07%	
TOTAL	193	55	18	2		
PERCENTUAL GERAL	72,01%	20,52%	6,71%	0,74%	92,53	

LEGENDA: TA - TOTALMENTE ADEQUADO; A - ADEQUADO; PA - PARCIALMENTE ADEQUADO; I - INADEQUADO

Fonte: Pesquisa de campo (2017).

Os juízes especialistas justificaram e sugeriram mudanças na primeira versão da Cartilha, as quais foram avaliadas qualitativamente e corrigidas ou substituídas, quando consideradas pertinentes pelos pesquisadores.

O **bloco 1** refere-se aos **objetivos** da cartilha, quanto aos propósitos, metas ou fins a serem atingidos com a utilização da TE, possui 5 itens: as informações/conteúdo são ou estão coerentes com as necessidades cotidianas do público-alvo; as informações/conteúdo são importantes para a qualidade de vida e/ou trabalho do público-alvo da TE; convida e/ou instiga a mudança de comportamento e atitude; se pode circular no meio científico das instituições que atendem o público-alvo.

Após avaliação das respostas deste bloco, constatou-se que das 65 respostas (**100%**), 64 (**98,45%**) foram para **TA e A**, conferindo a aceitação dos itens desse bloco, tornando a cartilha adequada quanto aos objetivos, e apenas 1 (1,53%) foi indeciso optando por **PA** e nenhuma escolha para **I**. Este bloco obteve consenso de equivalente a 98,45% para validação, como demonstrado na **Tabela 4**.

Tabela 4 - Distribuição dos escores e percentuais de consenso das respostas obtidas dos juízes especialistas em cada item segundo objetivos do bloco 1.

ITENS	ESCORES N = 13% DOS ESCORES = (N*100)/ESCORES				PERCENTUAL DE CONCORDÂNCIA POR ÍTEM TA+A *100/n(%)	ESCORE PARA ANÁLISE QUANTITATIVA % ta +a 100/N(%)
	TA	A	PA	I	TA+A	+1
BLOCO 1 - OBJETIVOS						
1.1	10	3			100%	+1
1.2	13				100%	+1
1.3	10	3			100%	+1
1.4	6	6	1		92%	+1
1.5	11	2			100%	+1
SUBTOTAL	50	14	1		98,4%	100%
PERCENTUAL	76,92%	21,53%	1,53%		98,45%	

LEGENDA: **TA** - TOTALMENTE ADEQUADO; **A** - ADEQUADO; **PA** - PARCIALMENTE ADEQUADO; **I** - INADEQUADO

Fonte: Pesquisa de campo (2017).

A TE na modalidade de cartilha pode contribuir para a melhora na qualidade de vida da pessoa idosa quando tem seus propósitos alcançados (PEREIRA et al., 2013).

A indecisão de um dos Juízes foi relacionada ao item 1.4, que investiga se a cartilha convida e/ou instiga a mudança de comportamento e atitude do público alvo. Nesta perspectiva, a justificativa foi:

Rio Preto: "faltam algumas causas de acidentes que indicamos diretamente em comentário no final da cartilha" (Relacionado ao item 1.4).

O Processo de desenvolvimento de uma TE pode favorecer mudanças comportamentais, sobretudo quando direcionada a conceitos específicos, proporcionando autoconfiança ao realizar de forma rotineira condutas relacionadas à promoção da saúde (DODT et al., 2013).

O **bloco 2** se destina à **estrutura e apresentação** da cartilha referente à forma de apresentação das orientações, incluindo organização geral, estratégias de apresentação, coerência e formatação, possuindo 11 itens: a TE é apropriada para o público-alvo; as mensagens estão apresentadas de maneira clara e objetiva; as informações apresentadas estão cientificamente corretas; há uma sequência lógica do conteúdo proposto; as informações estão bem estruturadas em concordância e ortografia; o estilo da redação corresponde ao nível de conhecimento do público-alvo; as informações de capa, contracapa, sumário e apresentação são coerentes; o tamanho do título e dos tópicos estão adequados; as ilustrações estão expressivas e suficientes; o número de páginas está adequado. A **Tabela 5** demonstra o detalhamento do processo de avaliação do bloco.

Após a avaliação das respostas desse bloco, constatou-se que dos 143 (110%) quesitos das respostas no geral, 138 (96,50%) receberam respostas. Destas 130 respostas obtiveram escores de TA e A, correspondendo (94,19%) de concordância da TE, o que torna a cartilha válida quanto à estrutura e apresentação. 102 (73.91%) escolheram TA, 28 (20.28%) escolheram A, 7 (5.07%) se mostraram indecisos (PA) e apenas 1 (0.72%) dos Juízes optou pela discordância (I).

Este bloco registrou a maioria das avaliações por parte dos juízes especialistas, entretanto foi também o que apresentou o maior número de itens sem resposta e sem justificativa, apesar de ter alcançado consenso acima de 70%.

Outro ponto evidenciado nos resultados deste bloco é que o mesmo apresentou os menores índices de concordância em relação aos demais.

Avalia a adequação das mensagens e imagens destinadas ao público alvo. Nesta concepção, apresenta uma análise pessoal por parte dos julgadores, sendo

considerado peculiar seu processo de avaliação (SOUZA, 2011; NASCIMENTO, 2012).

Na avaliação geral é importante destacar alguns pontos importantes no processo de julgamentos pelo comitê de juízes especialistas. 4 juízes não responderam 5 itens, destes, 2 registraram a justificativa por não ter respondido e 3 não justificaram o motivo pelo qual não responderam. Os quesitos sem respostas estavam relacionados ao 2.7, inerente as informações de capa, contracapa, sumário e agradecimentos, o item 2.10 é relativo a impressão e papel utilizado neste processo e o 2.11 avalia o quantitativo de páginas da cartilha. É importante destacar que o tópico 2.10 com 3 quesitos a menos sem resposta, obteve o menor índice de concordância, 77%. Apesar disso não houve interferência no percentual de validação do bloco, equivalendo a 94.19%.

Os registros dos Juízes referentes ao motivo pelos quais não responderam foram:

Item 2.7, Relacionada as informações de capa, contracapa, sumários e agradecimentos e se as apresentações são coerentes. Um juiz não respondeu e também não justificou a abstenção do quesito.

Item 2.10, Sobre a impressão e o papel utilizado. Três juízes não responderam a pergunta. Destes, dois justificaram:

Rio Jutai – JUSTIFICOU ITEM 2.10."não opinei sobre o item porque não tive acesso ao material impresso. Porém sugiro que seja utilizado em papel durável do tipo couchê, para garantia de um maior tempo de utilização pelas pessoas idosas e familiares" .

Rio Negro - JUSTIFICOU ITEM 2.10 " não tenho como responder".

Tabela 5 - Distribuição dos escores e percentual de consenso das respostas obtidas no bloco 2 dos juízes especialistas em cada item, segundo estrutura e apresentação bloco 2

ITENS	ESCORES N = 13% DOS ESCORES = (N*100)/ESCORES					PERCENTUAL DE CONCORDÂNCIA POR ÍTEM TA+A *100/n(%)	ESCORE PARA ANÁLISE QUANTITATIVA % ta +a 100/N(%)
	TA	A	PA	I	TA+A		
BLOCO 2- ESTRUTURA E APRESENTAÇÃO							
2.1	9	2	2		85%	+1	
2.2	10	3			100%	+1	
2.3	9	3	1		92%	+1	
2.4	8	4	1		92%	+1	
2.5	8	4	1		92%	+1	
2.6	11	2			100%	+1	

2.7	9	2	1		85%	+1
2.8	9	4			100%	+1
2.9	12		1		92%	+1
2.10	8	2			77%	+1
2.11	9	2		1	85%	+1
SUBTOTAL	102	28	7	1	90,90%	100%
PERCENTUAL	73,91%	20,28%	5,07%	0,72%	94,19%	

LEGENDA: **TA** - TOTALMENTE ADEQUADO; **A** - ADEQUADO; **PA** - PARCIALMENTE ADEQUADO; **I** - INADEQUADO

Fonte: Pesquisa de campo (2017).

Item 2.11, Julgou o quantitativo de páginas da cartilha. Um juiz não marcou e também não justificou sua abstenção em relação ao quesito 2.11.

Quanto a justificativa dos juízes sobre não estarem de posse da cartilha materializada, deu-se em virtude de todo processo ter transcorrido por via digital.

Entretanto, de acordo com Fonseca et al. (2004) afirmam que o papel couchê é específico para impressão de figuras em cores pela qualidade que ficará o produto final, considerado adequado para este fim, indo ao encontro a proposição de um dos juízes.

Os juízes que optaram pela indecisão em relação a esse bloco registram as seguintes justificativas:

Rio Purus: "Acredito que estas informações são mais específicas para a região estudada. Ex: como utilizar rede".

(Relacionadas ao item 2.1)

Rio Purus: "na realidade, os pacientes não sofrem "queda da própria altura" e sim "queda". Queda da própria altura seria se o paciente sofresse queda de uma altura correspondente ao seu tamanho "

(Relacionado ao item 2.5).

Rio Juruá: "Correções ortográficas, de concordância e informações mais adequadas. Embora a cartilha precise ser confeccionada em uma linguagem simples, não deve ser coloquial e redundante. Precisa ser mais direta e objetiva".

(Relacionado ao tópico 2.5)

Rio Jutáí: " não opinei no item 2.10 porque não tive acesso ao material impresso, porém sugiro que seja utilizado um papel durável do tipo couchê para que garanta um maior tempo de utilização em decorrência do manuseio pelo idoso familiar".

(Relacionado ao item 2.10)

Rio Negro: "O item 2.10 não tenho como responder".

(Relacionado ao item 2.10).

Rio Amazonas: A cartilha está longa. Creio que poderiam ser condensadas em uma só página: "9 e 10" – "14 e 15" – "16 e 17" – "19 e 20" – 21 e 22" – "25 e 26" – 27 e 28".

(Relacionado ao item 2.11).

É importante mencionar que as cartilhas devem ser objetivas e não muito longas. A este respeito se entende que devem ser aplicadas para um aprendizado básico e simples (FUNARI; CAMPOS; RODRIGUES, 2015).

Rio Juruá: "Correções ortográficas, de concordância e informações mais adequadas. Embora a cartilha precise ser confeccionada em uma linguagem simples, não deve ser coloquial e redundante. Precisa ser mais direta e objetiva".
(Relacionado ao item 2.11).

Toda cartilha deve ser de fácil leitura e compreensão fortalecendo a transmissão da ideia mediante as imagens, devendo dispor de uma organização mínima, tanto na disposição das imagens quanto na harmonia dos textos.

Assim, o material impresso oferecido à população deve ser organizado, com textos em parágrafos, enfatizando particularmente uma temática, proporcionando ao leitor discernir entre o que é importante ou não (BANKS, 2009).

Quanto ao processo de inclusão social proposta pela TE para surdos, um dos Juízes, que é professor de libras, traz em seus comentários sobre a relevância da cartilha para o público surdo por valorizar a sua cultura visual.

Rio Urubuí: "Como meu trabalho é com público surdo, embora não há sinais de libras, a maioria dos surdos tem dificuldade com a língua portuguesa. Considero a TE bem relevante pois vai ao encontro da cultura visual dos surdos".

Sobre isso é importante destacar que as imagens são onipresentes na sociedade sob diversas formas, uma realidade na vida de surdos, representando a língua principal destes indivíduos, conectando-os contemporaneamente com a realidade (BANKS, 2009).

Neste contexto, a visão socioantropológica da surdez defendida por De Sá (2013) refere-se ao termo surdo como a pessoa que vivencia um déficit de audição o impedindo de adquirir de maneira normal a língua oral/auditiva usada pela comunidade majoritária, construindo sua identidade, pautada na diferença, utilizando estratégias cognitivas de manifestação comportamental e cultural diferentes das pessoas que ouvem.

Nesta compreensão de imagens mediadas por uma TE e sua contribuição para a inclusão social, Silva (2011), afirma que a cultura visual do surdo, permite relacionar-se com o mundo, pois a pessoa surda tem uma singularidade linguística,

logo, pelo entendimento das mensagens via imagem, podem compreender as informações transmitidas neste processo.

Fistarol et al. (2015), estudando a interação com a tecnologia educacional na área de enfermagem, afirmam que as vantagens relacionadas ao uso destas ferramentas, consistem em uma compreensão simples e mais fácil do tema a ser discutido.

Para tanto, a proposta desta TE foi de permitir a construção de imagens que permitissem a compreensão dos temas .a este respeito, Neves, Mendes e Silva (2015) afirmam que o uso de imagens autoexplicativas permitem um melhor entendimento do que se propõe, pois o entendimento de um texto, leva um maior tempo para compreensão, enquanto que imagens são rapidamente compreendidas (MARSHALL; MEACHEN, 2010). Nesta perspectiva entende-se que o alcance desta TE ao final permitirá a inclusão social de pessoas não alfabetizadas e surdas.

É de fundamental importância destacar que as falhas são pertinentes, sobretudo pelo pouco conhecimento teórico-prático do pesquisador nas especificidades e peculiaridades da pessoa idosa ao longo da sua vivência profissional.

Sobre a construção e validação de uma TE é importante que sejam construídas para fins educativos de saúde, acessíveis e claros, adequados ao público alvo, que se destina, não somente informando, mas também permitindo a reflexão da prevenção (CUNHA, 2014).

Quanto a isso, Simões (2003), em relação a compreensão da acessibilidade ao entendimento da mensagem por imagens exemplifica que uma pessoa não alfabetizada não confunde a Pepsi com a Coca-cola apesar da semelhança na cor do conteúdo, diferenciando-as apenas na identificação do rótulo.

Outro juiz fez menção a mudança de título a saber.

Rio Juruá: "O título poderia ser diferente, sugestões: Prevenção de acidentes no domicílio: o cuidado em suas mãos. Como evitar traumas no domicilio? O cuidado em suas mãos".

Mediante as proposições corretivas dos especialistas, foram realizadas alterações na cartilha, assim como houve revisão do texto, conforme proposto pelos juízes especialistas. Posteriormente a estes ajustes, a segunda versão da cartilha foi configurada direcionada para avaliação ao público alvo.

No **bloco 3**, os juízes-especialistas avaliaram o constructo da cartilha no que se refere ao **grau de relevância**, que dispuseram de 5 itens: os temas retratam

aspectos-chaves que devem ser reforçados; a TE permite generalização e transferência do aprendizado a diferentes contextos; a TE propõe a construção de conhecimentos; aborda os assuntos necessários para o saber do público-alvo; a TE está adequado para ser usado por qualquer profissional com o público-alvo.

Todos os itens desse bloco foram respondidos pelos Juízes, totalizando 65 respostas, destas 54 obtiveram aceitação da TE, conferindo um percentual de concordância de 83,07%, o que torna a cartilha aceitável e válida. O detalhamento das respostas aponta que 41 respostas (63,07%) foram para TA, 13 (20%) para A, 10 (15,38%) para PA e apenas 1, correspondendo a (1,53%), dos juízes optou pela discordância (I), conforme demonstra a **Tabela 6**.

Tabela 6 - Distribuição dos escores e percentual de consenso das respostas obtidas no bloco 3 dos juízes especialistas, em cada item, segundo a relevância

ITENS	ESCORES N=13% DOS ESCORES =(N*100)/ESCORES				PERCENTUAL DE CONCORDÂNCIA POR ÍTEM TA+A *100/n(%)	ESCORE PARA ANÁLISE QUANTITATIVA % ta +a 100/N(%)
	TA	A	PA	I		
BLOCO 3 - RELEVÂNCIA					TA+A	+1
3.1	9	2	2		85%	+1
3.2	7	3	2	1	77%	+1
3.3	7	3	3		77%	+1
3.4	9	3	1		92%	+1
3.5	9	2	2		85%	+1
SUBTOTAL	41	13	10	1	83,2%	100%
PERCENTUAL	63,07%	20%	15,38%	1,53%	83,07%	

LEGENDA: **TA** - TOTALMENTE ADEQUADO; **A** - ADEQUADO; **PA** - PARCIALMENTE ADEQUADO; **I** - INADEQUADO

Fonte: Pesquisa de campo (2017).

5.2.4 Análise quantitativa dos resultados obtidos no julgamento da cartilha pelas pessoas idosas

Após a etapa de avaliação dos juízes que gerou modificações no conteúdo e diagramação na cartilha, seguiu-se a etapa de avaliação da semântica pelo público-alvo, utilizando o mesmo cálculo da validação dos juízes, para realizar a análise quantitativa. Após a leitura compartilhada da cartilha, as pessoas idosas e os seus familiares responderam ao formulário de avaliação, com 26 itens distribuídos em cinco blocos no, que se destinaram a avaliação do objetivo, organização, estilo da escrita, aparência e motivação, adaptados de Teixeira e Mota (2011). A **Tabela 7** mostra os resultados dessa avaliação.

Tabela 7 - Distribuição dos escores e percentual de concordância obtidos pela avaliação das pessoas idosas, segundo objetivos, estrutura, apresentação e relevância e o percentual calculado de cada item nos 5 blocos

ITEM	ESCORES N=5% DOS ESCORES = (N*100)/ESCORES				PERCENTUAL DE CONCORDÂNCIA POR ÍTEM TA+A *100/n(%)	ESCORE PARA ANÁLISE QUANTITATIVA % ta +a 100/N(%)
	TA	A	PA	I	TA+A	+1
BLOCO 1 - OBJETIVOS						
1.1	5				100%	+1
1.2	4	1			100%	+1
1.3	4	1			100%	+1
SUBTOTAL	13	2			100%	100%
PERCENTUAL	86,66%	13,33%			99,99%	
BLOCO 2 - ORGANIZAÇÃO						
2.1	4	1			100%	+1
2.2		4	1		80%	+1
2.3	4	1			100%	+1
2.4	4	1			100%	+1
2.5	2	2	1		80%	+1
2.6		5			100%	+1
2.7	3	2			100%	+1
SUBTOTAL	17	16	2		94,28%	100%
PERCENTUAL	48,57%	45,71%	5,71%		94,28%	
BLOCO 3 - ESTILO DA ESCRITA						
3.1	3	1	1		80%	+1
3.2	3	2			100%	+1
3.3	3	2			100%	+1
3.4	3	2			100%	+1
3.5	4	1			100%	+1
3.6	4	1			100%	+1
SUBTOTAL	20	9	1		96,66%	100%
PERCENTUAL	66,66%	30%	3%		96,66%	
BLOCO 4 - APARÊNCIA						
4.1	4	1			100%	+1
4.2	5				100%	+1
4.3	4	1			100%	+1
4.4	5				100%	+1
SUBTOTAL	18	2			100%	100%
PERCENTUAL	90%	10%			100%	
BLOCO 5 - MOTIVAÇÃO						
5.1	5				100%	+1

5.2	5			100%	+1
5.3	4	1		100%	+1
5.4	5			100%	+1
5.5	4	1		100%	+1
5.6	5			100%	+1
SUBTOTAL	28	2		100%	100%
PERCENTUAL	93,33%	6,66%		99,99%	
TOTAL	96	31	3		
PERCENTUAL GERAL	77,04%	21,14%	1,74%	98,18%	

LEGENDA: **TA** - TOTALMENTE ADEQUADO; **A** - ADEQUADO; **PA** - PARCIALMENTE ADEQUADO; **I** - INADEQUADO

Fonte: Pesquisa de campo (2017).

A Tabela 7 mostra que dos 130 itens abordados, 127 (98,18%) apresentaram um percentual de concordância (TA e A) e 3 (1,74%) receberam resposta de indecisão com a marcação de Parcialmente Adequados (PA). Não houve discordância (I) nos itens. Nessa etapa da validação, cada item avaliado foi considerado pertinente e aplicável, pois obtiveram percentual acima 70%, como pré-definido na metodologia.

O resultado plenamente positivo dessa etapa de validação se deve ao trabalho de Echer (2005) ao afirmarem que manter a ordem, de validação primeiramente pelo grupo de especialistas e a seguir pelo público-alvo, na fase de avaliação de uma TE é importante, por ser necessário que antes de ser avaliado por pacientes e seus familiares, os conteúdos precisam estar bem definidos e organizados. Foi o que aconteceu neste estudo.

Dentre os cinco blocos avaliados, os que obtiveram maior índice de concordância sem nenhuma citação relacionada a indecisão foram o bloco 1 relacionados aos objetivos da cartilha, o bloco 5 sobre a aparência, todos com percentual de concordância equivalente a 100%. Entretanto, os blocos 2 e 3 fizeram menção a indecisão nas respostas aos quesitos 2.2 e 2.3 do bloco 2 sobre o tamanho do título e a sequência dos tópicos, e o quesito 3,1 do bloco 3 sobre a adequação da escrita sem contudo sem interferir ao percentual de concordância geral da cartilha.

Após avaliação das respostas do bloco 1 pelas pessoas idosas, constatou-se que na avaliação geral das 15 respostas (100%), 15 (99,99%) foram para **TA e A**,

conferindo a aceitação dos itens desse bloco, tornando a cartilha adequada quanto aos objetivos, não havendo alternativa **(PA)** ou **(I)**, como demonstrado na **Tabela 8**.

Tabela 8 - Distribuição dos escores e percentual de concordância por itens obtidos pela avaliação das pessoas idosas, segundo o Bloco 1 – objetivos

ITEM	ESCORES N=5% DOS ESCORES = (N*100)/ESCORES				PERCENTUAL DE CONCORDÂNCIA POR ÍTEM TA+A *100/n(%)	ESCORE PARA ANÁLISE QUANTITATIVA % ta +a 100/N(%)
	TA	A	PA	I		
BLOCO 1 - OBJETIVOS					TA+A	+1
1.1	5				100%	+1
1.2	4	1			100%	+1
1.3	4	1			100%	+1
SUBTOTAL	13	2			100%	100%
PERCENTUAL	86,66%	13,33%			99,99%	

LEGENDA: **TA** - TOTALMENTE ADEQUADO; **A** - ADEQUADO; **PA** - PARCIALMENTE ADEQUADO; **I** - INADEQUADO

Fonte: Pesquisa de campo (2017).

Nesta perspectiva, as pessoas idosas consideram que a cartilha atende aos objetivos propostos, ajuda as pessoas no seu dia a dia e está adequada para ser usada por qualquer profissional que trabalhe atendendo as mesmas.

A participação do público-alvo na avaliação final da TE possibilita a troca de saberes entre a realidade vivenciada e o conhecimento compartilhado. Para cumprir os objetivos, torna-se essencial sua validação pelas pessoas e seus familiares (BARROS et al., 2012).

Houve menção por parte de uma pessoa idosa quanto ao bloco.

Rosa: "está totalmente adequado o assunto da cartilha."

Girassol: "agora vai ficar mais ainda informada".

Cravo: " eu entendi bem a cartilha".

Observa-se claramente a concepção do entendimento das pessoas idosas quanto ao objetivo da cartilha, valorizando o processo de entendimento e agregação do conhecimento proposto pela TE.

Esta característica vai ao encontro da proposta de Barros et al. (2012) quando afirmam que a TE deve ir ao encontro do que o público-alvo realmente necessita.

Entende-se que a positividade na avaliação deste bloco, deve-se ao fato de que a TE passou por ajustes antes da avaliação pelo público-alvo, o que a tornou mais diretiva e clara para os idosos e seus familiares (ROCHA, 2016).

O **bloco 2** avalia a organização da cartilha, refere-se à forma de apresentar as orientações, incluindo a organização geral, estrutura, estratégias de apresentação, coerência e formatação, com 7 itens. Após avaliação das respostas deste bloco constatou-se que na avaliação geral das 35 (100%) respostas, 17 (48,57%) foram para **TA**, 16 (**45,71%**) para **A**, e 2 (5,71%) direcionadas para **PA**, conferindo a concordância dos itens desse bloco, tornando a cartilha validada pelo público-alvo, conforme demonstrado na **Tabela 9**

Tabela 9 - Distribuição dos escores e percentual de concordância por itens obtidos pela avaliação das pessoas idosas, segundo o Bloco 2 - organização

ITEM	ESCORES N=5% DOS ESCORES = (N*100)/ESCORES				PERCENTUAL DE CONCORDÂNCIA POR ÍTEM TA+A *100/n(%)	ESCORE PARA ANÁLISE QUANTITATIVA % ta +a 100/N(%)
	TA	A	PA	I	TA+A	+1
BLOCO 2 - ORGANIZAÇÃO						
2.1	4	1			100%	+1
2.2		4	1		80%	+1
2.3	4	1			100%	+1
2.4	4	1			100%	+1
2.5	2	2	1		80%	+1
2.6		5			100%	+1
2.7	3	2			100%	+1
SUBTOTAL	17	16	2		94,28%	100%
PERCENTUAL	48,57%	45,71%	5,71%		94,28%	

LEGENDA: **TA** - TOTALMENTE ADEQUADO; **A** - ADEQUADO; **PA** - PARCIALMENTE ADEQUADO; **I** - INADEQUADO

Fonte: Pesquisa de campo (2017).

O percentual de concordância deste bloco foi de 94.28%, demonstrando que entre os idosos houve a consenso de que a cartilha se encontra organizada nos 7 itens.

Nesta perspectiva, entende-se que as pessoas idosas consideram que a cartilha está bem organizada em todos os aspectos, apesar de duas respostas tidas como indecisas pelas pessoas idosas, no quesito 2.1 relacionado ao tamanho do título e 2.5 sobre o tipo de papel acredita-se que a falta de conhecimento mais

apurado sobre estes tópicos era limitada. Os dois idosos referiram não saber dar informação exata sobre esses itens.

A organização de um material impresso, que se refere à sequência do texto, imagens, organização das mensagens que se quer transmitir, sinalização de trechos importantes, o uso de cores, espaçamento, o papel adequado e o tipo de letra, todos esses itens podem facilitar a atenção e a legibilidade do material educativo (SAMEER; SANJEEV, 2010).

Uma pessoa idosa fez menção escrita sobre a sua compreensão da cartilha:

Rosa: "tem compreensão o estilo da cartilha."

O **bloco 3** é o responsável pela avaliação da escrita relacionada as características linguísticas e compreensão do estilo, estando disposto em 6 itens. Após análise deste bloco, constatou-se que na avaliação geral das 30 (**100%**) das respostas, 29 (**96,66%**) foram para **TA e A**, conferindo a concordância dos itens desse bloco por parte de todos os idosos, tornando a cartilha validada quanto à escrita desta TE. Destas 20 (66,66%) foram direcionadas para **TA** e 9 (30%) para **A**. As respostas indecisas deste bloco totalizaram em apenas 1, correspondendo a 3%, conforme **Tabela 10**.

Tabela 10 - Distribuição dos escores e percentual de concordância por itens obtidos pela avaliação das pessoas idosas, segundo o Bloco 3 – estilo de escrita

ITEM	ESCORES N=5% DOS ESCORES = (N*100)/ESCORES				PERCENTUAL DE CONCORDÂNCIA POR ÍTEM TA+A *100/n(%)	ESCORE PARA ANÁLISE QUANTITATIVA % ta +a 100/N(%)
	TA	A	PA	I	TA+A	+1
BLOCO 3- ESTILO DA ESCRITA						
3.1	3	1	1		80%	+1
3.2	3	2			100%	+1
3.3	3	2			100%	+1
3.4	3	2			100%	+1
3.5	4	1			100%	+1
3.6	4	1			100%	+1
SUBTOTAL	20	9	1		96,66%	
PERCENTUAL	66,66%	30%	3%		99,66%	

LEGENDA: **TA** - TOTALMENTE ADEQUADO; **A** - ADEQUADO; **PA** - PARCIALMENTE ADEQUADO; **I** - INADEQUADO

Fonte: Pesquisa de campo (2017).

Sameer e Sanjeev (2010) afirmam que a compreensão do material educativo escrito é negligenciada em muitos casos durante o seu desenvolvimento, por serem

de difícil compreensão, assim é necessário considerar o grau de instrução do público-alvo a que se destina o material. Entretanto neste estudo, o grau de instrução das pessoas idosas não interferiu na avaliação da escrita, em virtude das ilustrações e desenhos que compõem a cartilha possuir uma ênfase maior do que a linguagem escrita na transmissão das informações.

Apenas uma pessoa idosa mencionou PA; idosas mencionaram PA no quesito estilo da escrita, no quesito 3.1 sobre o estilo da escrita. Acredita-se que este tópico, apesar da cartilha ter sido voltada para uma linguagem acessível, estava relacionada à dificuldade de leitura e compreensão de textos por parte da pessoa idosa, pois em comparação ao mesmo bloco dos familiares, o índice de concordância foi menor, mesmo assim não interferiu no processo de validação.

O **bloco 4** é responsável pela avaliação da aparência da cartilha, refere-se às características que avaliam o grau de significado, composto por 4 itens: as páginas ou seções parecem organizadas; As ilustrações/desenhos são simples; As ilustrações/desenhos servem para complementar os textos; As ilustrações/desenhos estão expressivas e suficientes.

A **Tabela 11** mostra os resultados da avaliação da aparência da TE, podendo verificar que, na avaliação geral desse bloco 4, o percentual de concordância é de 100% (20), destes, 90% (18) das respostas foram destinadas para TA e 10% (2) para A. Todas as pessoas idosas referiram que a cartilha se encontra organizada e clara, demonstrando que a compreensão ilustrativa da cartilha atinge em sua plenitude seu objetivo.

Tabela 11 - Distribuição dos escores e percentual de concordância por itens obtidos pela avaliação das pessoas idosas, segundo o Bloco 4 – aparência

ITEM	ESCORES N=5% DOS ESCORES = (N*100)/ESCORES				PERCENTUAL DE CONCORDÂNCIA POR ÍTEM TA+A *100/n(%)	ESCORE PARA ANÁLISE QUANTITATIVA % ta +a 100/N(%)
	TA	A	PA	I		
BLOCO 4 - APARÊNCIA					TA+A	+1
4.1	4	1			100%	+1
4.2	5				100%	+1
4.3	4	1			100%	+1
4.4	5				100%	+1
SUBTOTAL	18	2			100%	100%
PERCENTUAL	90%	10%			100%	

LEGENDA: **TA** - TOTALMENTE ADEQUADO; **A** - ADEQUADO; **PA** - PARCIALMENTE ADEQUADO; **I** - INADEQUADO

Fonte: Pesquisa de campo (2017).

Em relação às ilustrações de material educativo, Souza (2010) afirma que estas tornam as informações mais claras e compreensíveis.

O grau de legibilidade de um material educativo é muito importante para impedir limitações de aprendizado em consequência da baixa escolaridade do público-alvo (BENEVIDES et al., 2016).

O **bloco 5** avalia o processo motivacional relacionado a configuração da cartilha, referindo-se a capacidade desta em impactar, interessar e motivar o público-alvo, composto por 6 itens: se é apropriado para o perfil de pessoas idosas e seus familiares; se há lógica na apresentação dos conteúdos; se a interação é convidada pelos textos apresentados; se a cartilha sugere assuntos inerentes ao dia a dia das pessoas idosas e seus familiares; se convida ou instiga mudanças comportamentais de atitude e se a cartilha propõe conhecimentos à pessoa idosa e seus familiares.

Após análise e descrição das respostas deste bloco, constatou-se que na avaliação geral das 30 (**100%**), 30 (**99,99%**) foram para **TA e A**, determinando a concordância deste bloco, tornando a cartilha validada pelas pessoas idosas, quanto à avaliação da motivação. Destas, 28 (93,33%) foram para TA e 2 (6,66%) para A, não havendo respostas para indecisão e nem para inadequação, conforme demonstrado na **Tabela 12**.

Tabela 12 - Distribuição dos escores e percentual de concordância por itens obtidos pela avaliação pelas pessoas idosas, segundo o Bloco 5 – motivação

ITEM	ESCORES N=5% DOS ESCORES = (N*100)/ESCORES				PERCENTUAL DE CONCORDÂNCIA POR ÍTEM TA+A *100/n(%)	ESCORE PARA ANÁLISE QUANTITATIVA % ta +a 100/N(%)
	TA	A	PA	I		
BLOCO 5- MOTIVAÇÃO						
5.1	5				100%	+1
5.2	5				100%	+1
5.3	4	1			100%	+1
5.4	5				100%	+1
5.5	4	1			100%	+1
5.6	5				100%	+1
SUBTOTAL	28	2			100%	100%
PERCENTUAL	93,33%	6,66%			99,99%	

LEGENDA: **TA** - TOTALMENTE ADEQUADO; **A** - ADEQUADO; **PA** - PARCIALMENTE ADEQUADO; **I** - INADEQUADO

Fonte: Pesquisa de campo (2017).

Somente uma pessoa idosa mencionou registro relativo ao bloco, confirmando o interesse motivacional em adquirir o conhecimento proposto.

Rosa: "motiva a tomarmos novas medidas para a nossa proteção."

Cravo: "eu entendi bem a cartilha".

A tecnologia educacional-cuidativa tem a função de potencializar a capacidade do indivíduo em adquirir novas atitudes, buscando uma transformação de si mesmo (BERARDINELLI, 2014). Para tal motivação, é preciso que a tecnologia educacional cause impacto, interesse e incentive o público-alvo adquirir comportamentos com base nas orientações educativas transmitidas pela tecnologia. Nesta perspectiva, a educação em saúde é uma alternativa importante para promover na pessoa idosa hábitos de saúde, extensivo a sua família, empoderando-os sobre o cuidar (MALLMAN et al., 2015).

5.2.5 Análise quantitativa dos resultados obtidos no julgamento da cartilha pelos familiares

Além das pessoas idosas, os seus familiares também participaram do processo de validação da cartilha como público-alvo.

A **Tabela 13** demonstra a avaliação dos familiares referentes aos objetivos, estrutura, apresentação e relevância da cartilha. Os resultados mostram que os maiores índices para a valoração foram para **TA e A**. Das 130 (100%) respostas, no percentual geral, TA com 102 (79,78%) e **A com 24 (17,50%)**. Respostas indecisas (PA) tiveram apenas 4 (2,71%) e nenhuma resposta para I, apresentando respostas positivas, ou seja, **TA** ou **A**. Assim, verificou-se que a cartilha construída é pertinente e aplicável em relação ao parecer dos familiares.

Tabela 13 - Distribuição dos escores e percentual de concordância obtidos pela avaliação dos familiares, segundo objetivos, estrutura, apresentação e relevância e o percentual calculado de cada item nos 3 blocos

ITEM	ESCORES N=5% DOS ESCORES = (N*100)/ESCORES				PERCENTUAL DE CONCORDÂNCIA POR ÍTEM TA+A *100/n(%)	ESCORE PARA ANÁLISE QUANTITATIVA % ta +a 100/N(%)
	TA	A	PA	I		
BLOCO 1 - OBJETIVOS					TA+A	+1
1.1	5				100%	+1

1.2	4	1			100%	+1
1.3	4	1			100%	+1
SUBTOTAL	13	2			100%	100%
PERCENTUAL	87%	13,00%			100%	
BLOCO 2 - ORGANIZAÇÃO	TA	A	PA	I	TA+A	
2.1	4		1		80%	+1
2.1	4	1			100%	+1
2.3	3	2			100%	+1
2.4	4	1			100%	+1
2.5	2	1	2		80%	+1
2.6	3	2			100%	+1
2.7	4	1			100%	+1
SUBTOTAL	24	8	3		94,28	100%
PERCENTUAL	68,57%	22,85%	8,57%		91,42%	
BLOCO 3 - ESTILO DA ESCRITA	TA	A	PA	I	TA+A	+1
3.1	4	1			100%	+1
3.2	4	1			100%	+1
3.3	4	1			100%	+1
3.4	4	1			100%	+1
3.5	4	1			100%	+1
3.6	4	1			100%	+1
SUBTOTAL	24	6			100%	100%
PERCENTUAL	80%	20%			100%	
BLOCO 4 - APARÊNCIA	TA	A	PA	I	TA+A	+1
4.1	4	1			100%	+1
4.2	4		1		80%	+1
4.3	4	1			100%	+1
4.4	4	1			100%	+1
SUBTOTAL	16	3	1		95%	100%
PERCENTUAL	80%	15%	5%		95%	
BLOCO 5 - MOTIVAÇÃO	TA	A	PA	I		+1
5.1	4	1			100%	+1
5.2	4	1			100%	+1
5.3	3	2			100%	+1
5.4	4	1			100%	+1
5.5	5				100%	+1
5.6	5				100%	+1
SUBTOTAL	25	5			100%	100%
PERCENTUAL	83,33%	16,66%			99,99%	
TOTAL	102	24	4			
PERCENTUAL GERAL	79,78%	17,50%	2,71%		97,28	

LEGENDA: **TA** - TOTALMENTE ADEQUADO; **A** - ADEQUADO; **PA** - PARCIALMENTE ADEQUADO; **I** - INADEQUADO

Fonte: Pesquisa de campo (2017).

No processo de avaliação geral da cartilha, o percentual de concordância geral foi equivalente a 97,28%.

Ao proceder a avaliação dos resultados inerentes ao bloco 1, referente aos objetivos da cartilha, constatou-se que na avaliação geral das 15 respostas (**100%**), todas foram para **TA e A**, conferindo a aceitação dos itens desse bloco, tornando a cartilha adequada e válida quanto aos objetivos propostos. Destes, 13 (87%) optaram por **TA** e 2 (13%) por **A**, não havendo escolha para **PA** ou **I**, como demonstrado na **Tabela 14**.

Tabela 14 - Distribuição dos escores e percentual de concordância por itens obtidos pela avaliação dos familiares, segundo o Bloco 1 – objetivos

ITEM	ESCORES N=5% DOS ESCORES = (N*100)/ESCORES				PERCENTUAL DE CONCORDÂNCIA POR ÍTEM TA+A *100/n(%)	ESCORE PARA ANÁLISE QUANTITATIVA % ta +a 100/N(%)
	TA	A	PA	I		
BLOCO 1 - OBJETIVOS					TA+A	+1
1.1	5				100%	+1
1.2	4	1			100%	+1
1.3	4	1			100%	+1
SUBTOTAL	13	2			100%	100%
PERCENTUAL	87%	13%			100%	

LEGENDA: **TA** - TOTALMENTE ADEQUADO; **A** - ADEQUADO; **PA** - PARCIALMENTE ADEQUADO; **I** - INADEQUADO

Fonte: Pesquisa de campo (2017).

De acordo com os dados evidenciados neste bloco, o percentual de concordância foi de 100% dos familiares quanto aos 3 itens sobre a contribuição deles no dia a dia das pessoas idosas, e se pode ser utilizado por profissionais de saúde. Um familiar somente fez menção ao bloco:

Iranduba: "Essa cartilha vai ajudar muito os idosos".

Silves: " a cartilha é auto-explicativa tenho problemas de visão `a distância porém os desenhos ajudam no entendimento"

Iranduba: " está tudo dentro dos itens apresentados".

Quanto ao processo de entendimento mediado pelas tecnologias educacionais (TE), estas são instrumentos facilitadores do processo de ensino-aprendizagem utilizados como meio de transferência do conhecimento, capaz de proporcionar no indivíduo novas experiências e aprendizado (BARROS et al., 2012).

Quanto à organização da cartilha mediante a apresentação das respostas do bloco 2, constatou-se que na avaliação geral das 35 respostas (**100%**), 24 foram para **TA (68,57%)**, 8 (**22,85%**) para **A** e 3 (**8,57%**) para **PA**, conferindo a concordância de 91,42% dos itens desse bloco, tornando a cartilha validada pelos familiares, como demonstrado na **Tabela 15**.

Os familiares que demonstraram indecisão neste bloco registraram justificativas referentes à capa e à apropriação do papel da cartilha, conforme a seguir:

Tefé: "achei um pouco escura".

Tefé: "achei meio fino".

Manacapuru: "não sei explicar sobre a impressão do papel".

Tabela 15 - Distribuição dos escores e percentual de concordância por itens obtidos pela avaliação dos familiares, segundo o Bloco 2 - organização

ITEM	ESCORES N=5% DOS ESCORES = (N*100)/ESCORES				PERCENTUAL DE CONCORDÂNCIA POR ÍTEM TA+A *100/n(%)	ESCORE PARA ANÁLISE QUANTITATIVA % ta +a 100/N(%)
	TA	A	PA	I	TA+A	
BLOCO 2 - ORGANIZAÇÃO						
2.1	4		1		80%	+1
2.1	4	1			100%	+1
2.3	3	2			100%	+1
2.4	4	1			100%	+1
2.5	2	1	2		80%	+1
2.6	3	2			100%	+1
2.7	4	1			100%	+1
SUBTOTAL	24	8	3		94,28	100%
PERCENTUAL	68,57%	22,85%	8,57%		91,42%	

LEGENDA: **TA** - TOTALMENTE ADEQUADO; **A** - ADEQUADO; **PA** - PARCIALMENTE ADEQUADO; **I** - INADEQUADO

Fonte: Pesquisa de campo (2017).

Alguns familiares emitiram comentários sobre esse bloco, conforme o descrito:

Iranduba: "a cartilha é auto-explicativa, tenho problemas de visão à distância, porém, os desenhos ajudam no entendimento".

Iranduba: " sim está compreensiva dentro da lingüística escrita da cartilha

Silves: "penso que se tivesse um número menor de páginas seria melhor".

Iranduba: " está tudo dentro do item apresentado"

Após a avaliação das respostas do bloco 3, relacionadas à escrita da cartilha, constatou-se que na avaliação geral das 30 respostas (100%), 30 (100%) foram para **TA e A**, não havendo opção para PA ou para I, como demonstrado na **Tabela 16**.

Tabela 16 - Distribuição dos escores e percentual de concordância por itens obtidos pela avaliação dos familiares, segundo o Bloco 3 – estilo de escrita

ITEM	ESCORES N=5% DOS ESCORES = (N*100)/ESCORES				PERCENTUAL DE CONCORDÂNCIA POR ÍTEM TA+A *100/n(%)	ESCORE PARA ANÁLISE QUANTITATIVA % ta +a 100/N(%)
	TA	A	PA	I		
BLOCO 3 - ESTILO DA ESCRITA					TA+A	+1
3.1	4	1			100%	+1
3.2	4	1			100%	+1
3.3	4	1			100%	+1
3.4	4	1			100%	+1
3.5	4	1			100%	+1
3.6	4	1			100%	+1
SUBTOTAL	24	6			100%	100%
PERCENTUAL	80%	20%			100%	

LEGENDA: **TA** - TOTALMENTE ADEQUADO; **A** - ADEQUADO; **PA** - PARCIALMENTE ADEQUADO; **I** - INADEQUADO

Fonte: Pesquisa de campo (2017).

Quanto a este bloco nenhum familiar descreveu qualquer observação. “É de fundamental importância saber transmitir as informações ao público-alvo em uma linguagem acessível e de fácil compreensão a fim de se alcançar os objetivos propostos” (ANDRADE, 2011, p. 82).

“Escrever um texto com palavras conhecidas se torna fácil para a compreensão, ao passo que as difíceis tornam o texto cansativo, sendo importante o leitor entender o que o texto deseja passar instantaneamente.” (BARRETO, 2009, p. 11). Nesta perspectiva, os familiares mostram que o estilo da escrita é plenamente inteligível.

O bloco 4 trata sobre a avaliação da aparência da cartilha, onde constatou-se que na avaliação geral das 20 (100%), 19 (95%) respostas foram para **TA e A**, confirmando-se a concordância dos itens desse bloco, tornando a cartilha validada pelos familiares, quanto a sua aparência. Sendo que, 16 (80%) optaram por **TA** e 3 (15%) por **A**, apenas 1 (5%) resposta foi indecisa (PA), a qual esteve relacionada a

pergunta 4.2, se as ilustrações são simples-preferencialmente desenhos, conforme justificativa a seguir:

Tefé: "na página 8 a figura da queimadura da mão ficou muito confusa, como se fosse sangue e não queimadura".

Não houve registro para **I**, como demonstrado na **Tabela 17**.

Tabela 17 - Distribuição dos escores e percentual de concordância por itens obtidos pela avaliação dos familiares, segundo o Bloco 4 – aparência

ITEM	ESCORES N=5% DOS ESCORES = (N*100)/ESCORES				PERCENTUAL DE CONCORDÂNCIA POR ÍTEM TA+A *100/n(%)	ESCORE PARA ANÁLISE QUANTITATIVA % ta +a 100/N(%)
	TA	A	PA	I	TA+A	+1
BLOCO 4 - APARÊNCIA						
4.1	4	1			100%	+1
4.2	4		1		80%	+1
4.3	4	1			100%	+1
4.4	4	1			100%	+1
SUBTOTAL	16	3	1		95%	100%
PERCENTUAL	80%	15%	5%		95%	

LEGENDA: **TA** - TOTALMENTE ADEQUADO; **A** - ADEQUADO; **PA** - PARCIALMENTE ADEQUADO; **I** - INADEQUADO

Fonte: Pesquisa de campo (2017).

A avaliação da motivação é realizada pelos 6 itens que compõem o bloco 5 demonstrado na **Tabela 18**. Os resultados demonstram que, na avaliação geral das 30 (**100%**), 30 (**100%**) foram para **TA e A**, determinando a concordância deste bloco, tornando a cartilha validada pelos familiares. Sendo que 25 (83,33%) optaram por **TA**, 5 (16,66%) por **A**, não houve opção para **PA** nem para **I**.

Tabela 18 - Distribuição dos escores e percentual de concordância por itens obtidos pela avaliação dos familiares, segundo o Bloco 5 – motivação

ITEM	ESCORES N=5% DOS ESCORES = (N*100)/ESCORES				PERCENTUAL DE CONCORDÂNCIA POR ÍTEM TA+A *100/n(%)	ESCORE PARA ANÁLISE QUANTITATIVA % ta +a 100/N(%)
	TA	A	PA	I	TA+A	+1
BLOCO 5- MOTIVAÇÃO						
5.1	4	1			100%	+1
5.2	4	1			100%	+1
5.3	3	2			100%	+1
5.4	4	1			100%	+1
5.5	5				100%	+1

5.6	5		100%	+1
SUBTOTAL	25	5	100%	100%
PERCENTUAL	83,33%	16,66%	99,99%	

LEGENDA: **TA** - TOTALMENTE ADEQUADO; **A** - ADEQUADO; **PA** - PARCIALMENTE ADEQUADO; **I** - INADEQUADO

Fonte: Pesquisa de campo (2017).

Ao avaliar esse bloco, um dos familiares registrou que a TE promove a motivação por meio da transmissão de conhecimentos para realização de ações em prol da prevenção dos traumas no domicílio pelos idosos e seus familiares, conforme comentário a seguir:

Irاندوبا: "A cartilha propõe conhecimento para o público e sugere ação".

Silves: " a cartilha ajudará muito ao público alvo em informações rápidas sobre os cuidados e como evitar acidentes.

Irاندوبا: " a cartilha propões conhecimento para o público e ação".

As Cartilhas educativas proporcionam uma aproximação entre os fatos com o público leigo, por meio de diversas estratégias nelas contidas, como o uso de imagens e recursos gráficos (MENDONÇA, 2008). Quanto a isso no processo de validação, as pessoas idosas se identificaram com a cartilha por terem passado por uma experiência semelhante aos fatos mencionados na cartilha.

O processo de validação por parte dos familiares resultaram em alguns registros descritos abaixo.

Irاندوبا: "esta cartilha vai ajudar muito na vida das pessoas idosas,principalmente aos idosos que precisam conhecê-la".

Parintins: " achei muito interessante,vai ajudar aos outros".

Tefé: " a cartilha é muito esclarecedora mas faltou no meu ponto de vista um idoso que não deveria sair só nas travessias públicas ou seja ruas".

Irاندوبا: "os quatro itens estão organizados com as ilustrações dos textos expressivos".

No desenvolvimento do processo de validação, somente na etapa direcionada aos juízes especialistas, 5 quesitos não foram respondidos, o que não ocorreu no caso das pessoas idosas e dos familiares.

Para melhor avaliação inerente ao consenso de concordância se optou por calcular o Índice de validade de Conteúdo (IVC) resultado das médias de TA + A de todos os blocos x 100 dividido pelo N= ao número de respostas obtidas de todos os juízes especialistas o qual chegou-se ao resultado equivalente a: 92,53% de acordo com a fórmula abaixo

$$IVC = \sum \frac{248}{268} \times 100 = 92,53 \%$$

O índice de concordância das avaliações do público alvo foi:

ÍNDICE DE CONCORDÂNCIA	
PESSOAS IDOSAS	FAMILIARES
98,18%	97,20%.

5.2.6 Análise dos comentários e sugestões emitidos no processo de validação da cartilha pelos juízes especialistas

Os Comentários e sugestões no processo de validação da cartilha foram registrados em sua plenitude pelos Juízes especialistas relacionados ao conteúdo textual, imagens, *layout*, diagramação e avaliação geral. Nesta perspectiva, a análise desses registros foi dividida em 3 tópicos ou eixos, que serão apresentados em quadros:

- ✓ Eixo 1 - finalidade da cartilha.
- ✓ Eixo 2 - estrutura e legibilidade do texto.
- ✓ Eixo 3 - relevância da cartilha.

Eixo 1 - Finalidades da Cartilha

Este eixo faz menção à cartilha e suas finalidades, a qual se destina a metas, fins e propósitos a serem alcançados com a utilização deste instrumento.

O **Quadro 6** – Eixo -1, apresenta os comentários dos juízes especialistas em relação a sugestões.

Quadro 6 - Eixo 1 – Avaliação da cartilha quanto as suas finalidades.

COMENTÁRIOS E SUGESTÕES DOS JUÍZES ESPECIALISTAS SOBRE AS FINALIDADES DA CARTILHA	
ALCANCE DAS FINALIDADES DA TECNOLOGIA	<ul style="list-style-type: none"> ✓ As informações são pertinentes ✓ O documento é apropriado para o público-alvo. ✓ Atende ao público-alvo que se destina principalmente aos idosos das regiões Norte e Nordeste ✓ Relevante socialmente, podendo ser utilizada tanto para surdos como para ouvintes ✓ Pode ser usada no ensino bilíngue para surdos

Fonte: Pesquisa de campo (2017).

O **Quadro 6** apresentou as evidências quanto ao grau de concordância dos Juízes em relação ao alcance das finalidades da cartilha, visando a contribuição para a prevenção de traumas em pessoas idosas no contexto domiciliar. Nesta etapa do estudo, tornou-se de fundamental importância que os juízes especialistas concordassem quanto aos objetivos e metas que se deseja alcançar com a tecnologia produzida. Assim, os Juízes registraram que as informações contidas na cartilha são pertinentes, apropriadas ao contexto das pessoas idosas do Norte e Nordeste e que é relevante para o ensino-aprendizagem de idosos de modo geral, como também para aqueles que possuem limitação auditiva e surdos.

Nesta perspectiva, o estudo realizado por Teles et al. (2014), afirma que é de fundamental importância que os juízes especialistas possam contribuir de forma imprescindível na avaliação do constructo, pois sua *expertise* no setor fundamenta opiniões e sugestões, com vistas a melhorar a produção da TE e os fins operacionais deste instrumento.

Sob esta mesma ótica da necessidade de validação de tecnologias educacionais por juízes especialistas, Sousa e Turrini (2012) afirmam que a participação destes avaliadores no processo de produção do constructo é importante, pois permite dar maior credibilidade quanto ao instrumento a ser utilizado no processo de educação em saúde, destinado ao público-alvo.

A este respeito, mediante a estratégia de educação em saúde, o profissional enfermeiro, necessita criar e desenvolver métodos que facilitem a aprendizagem e que permitam estimular o cuidar de forma diferenciada (ÁFIO et al., 2014). Dentre estes métodos estão as cartilhas que quando devidamente validadas por profissionais com *expertise* no assunto, podem contribuir grandemente para a

prevenção de agravos, onde muitas dúvidas podem suscitar no processo de educação em saúde cabendo as TE's saná-las.

Eixo 2 - Estrutura, legibilidade textual e diagramação

As observações, apresentadas no **Quadro 7, Eixo - 2** apresentaram as respostas dos juízes especialistas relacionadas à estrutura, legibilidade do texto, diagramação, relacionada à forma de apresentação das propostas ao público-alvo, incluindo organização geral, estrutura, estratégia de apresentação, coerência e formatação.

Quadro 7 - Eixo 2 – Estruturação, legibilidade textual e diagramação

COMENTÁRIOS E SUGESTÕES DOS JUÍZES ESPECIALISTAS SOBRE A ESTRUTURAÇÃO, LEGIBILIDADE TEXTUAL E DIAGRAMAÇÃO	
CONTEÚDO E SEQUÊNCIA LÓGICA	<ol style="list-style-type: none"> 1. As informações e conteúdos estão coerentes com as necessidades e qualidade de vida do público-alvo. 2. As mensagens foram elaboradas de maneira clara e objetiva, facilitando a apropriação das informações. 3. A TE é muito relevante socialmente, pois traz informações que podem ser utilizadas, tanto para surdos como para ouvintes, pelo fato da presença de muitas imagens. Além de ser uma importante ferramenta pedagógica interdisciplinar a ser usada no ensino regular e no ensino bilíngue para surdos.
CONCORDÂNCIA E ORTOGRAFIA	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sugiro enviar para um revisor de língua portuguesa. 2. Na página 8 substituir o que está escrito "acometendo a estrutura de pele e do osso " e colocar " atacando a pele e os ossos" 3. Na página 15 na caixa onde está escrito ajustáveis a altura escrever, ajustáveis à altura (a com crase)
ARTE E LAYOUT	<ol style="list-style-type: none"> 1. As figuras são autoexplicativas. 2. Lembrar da iluminação dos ambientes. 3. Na página 18, a ilustração mostra painéis da frente também com os cabos para trás, fazendo com que a panela da direita fique com o cabo sobre a linha da chama das outras bocas. Isso pode causar um incêndio ou mesmo queimadura quando forem manusear. Sugiro trocar a ilustração e colocar os cabos das painéis à direita para trás, mas, voltados para o lado de fora do fogão. 4. Mudar a cor dos títulos que contraste com o azul. 5. Na página 8 fazer um zoom em cortes da pele. 6. Na página 11 O idoso cai da cama de sapato, retirar o sapato e deixá-lo descalço. 7. Na página 16 aumentar o rosto da mulher acendendo o fogo

	<p>está muito cortado 11.</p> <p>8. Na página 19 colocar a faca na mão direita e o corte na mão esquerda.</p> <p>9. A organização geral da cartilha, bem como as imagens são bem produzidas, criativas e estão bem feitas, facilitando a compreensão do conteúdo.</p> <p>10. O tamanho do conteúdo é apropriado para que se conheça informações essenciais em pouco tempo e com propriedade.</p> <p>11. Consideramos que algumas cartilhas têm problemas em termos de informação visual.</p> <p>12. Vai ao encontro da cultura visual dos surdos.</p> <p>13. Pode ser aplicada a surdos pela expressividade das imagens.</p>
--	--

Fonte: Pesquisa de campo (2017).

Os juízes fizeram destaque sobre a necessidade de algumas mudanças inerentes a correção de erros ortográficos, *layout* do título na capa e contra-capas, separadores nos títulos assim como seu adequado alinhamento superior e inferior.

Em relação aos tópicos referentes à avaliação da apresentação e estrutura da cartilha, estes por sua vez, configuram no momento de maior complexidade, pela variedade e quantidade de informações evidenciadas. Tal complexidade deve-se a necessidade de que a cartilha não chegue com erros e de forma apropriada ao público-alvo (NASCIMENTO, 2012).

“Sob esta ótica, materiais tecnológicos com fins educativos de saúde devem ser acessíveis, claros, pertinentes e perfeitamente adequados ao público-alvo que se destina, visando não somente informar, contudo, estimular a reflexão” (CUNHA, 2014, p. 92), assim, torna-se imprescindível estabelecer uma construção simples, objetiva e de fácil entendimento e sem erros, promovendo a inclusão social de pessoas analfabetas e surdas.

As tecnologias permitem com sua variedade de recursos, auxiliar as atividades essenciais da prática cotidiana, servindo de apoio educativo capaz de orientar as pessoas com informações atuais, de maneira particular a cada contexto abordado (FROTA et al., 2013).

Nesta perspectiva, quando bem construídas e validadas as TE's, servem como um importante instrumento para prevenção de agravos. Logo, todo ajuste que contribua para aprimorar, deve ser concebido de forma construtiva e alterado sempre que se fizer necessário.

O item relacionado a arte e *Layout* foi o que mais recebeu comentários e sugestões por ser o maior responsável pela transmissão das orientações educativas da cartilha deste estudo, sobrepondo-se à linguagem escrita.

Eixo 3 - Relevância da cartilha

Este tópico está relacionado à avaliação dos itens no que se refere à relevância da TE, sobre o grau de significação da cartilha, conforme o **Quadro 8**.

Quadro 8 - Eixo 3 – Relevância e comentários gerais da cartilha

COMENTÁRIOS E SUGESTÕES DOS JUÍZES ESPECIALISTAS	
RELEVÂNCIA DA TE	<ol style="list-style-type: none"> 1. As informações são pertinentes e correspondem ao objetivo. 2. O tema é muito importante e de alta relevância. 3. Deveríamos ter mais trabalhos como este. 4. O tema é de muita importância e alta relevância. 5. Vai ao alcance visual de surdos. 6. A proposta é de extrema relevância para a população idosa e pode auxiliar os profissionais que lidam com essa população. 7. A iniciativa é inovadora.
COMENTÁRIOS GERAIS	<ol style="list-style-type: none"> 1. Difícil avaliar o produto final sem ver o material físico, por mais informações que tenha. 2. Gostaria muito de ver o produto físico. 3. Foi um prazer avaliar sua cartilha. 4. A cartilha está excelente. 5. O produto é muito relevante socialmente para a comunidade surda. 6. Sugiro utilizar no aplicativo MAP inovation via QR CODE para surdos via celular.

Fonte: Pesquisa de campo (2017).

Assim, este instrumento voltado para o cuidado preventivo de traumas em pessoas idosas no contexto domiciliar, permite enfrentar as mudanças peculiares ao envelhecimento, de forma concreta, reforçando a necessidade efetiva do processo educativo para o bem-estar e maior qualidade de vida da pessoa idosa por intermédio de mudanças de pensamentos e atitudes (POLARO; GONÇALVES; ALVAREZ, 2013).

As TE's, em seu processo de elaboração, deve ir ao encontro das particularidades do público a que se destina, respeitando-as para que se tenha uma contínua aplicação destas práticas de forma efetiva (KENSKI, 2008). Esta conceituação aplica-se muito bem contemporaneamente, pois pessoas idosas, necessitam de um olhar atento para prevenção de traumas no contexto domiciliar, a fim de conceber e propagar condutas práticas preventivas, melhorando a qualidade de vida, fortalecendo sua autonomia e independência.

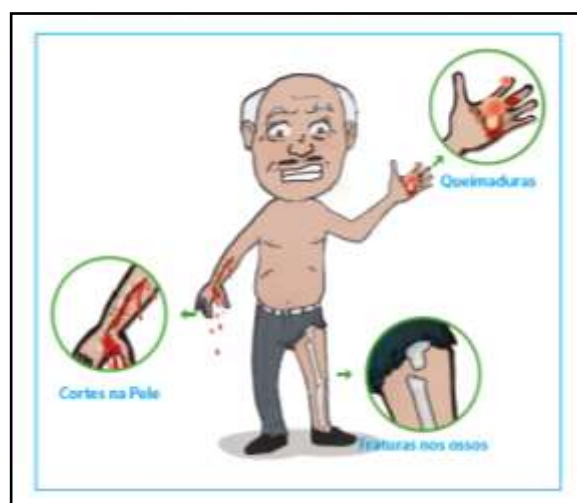
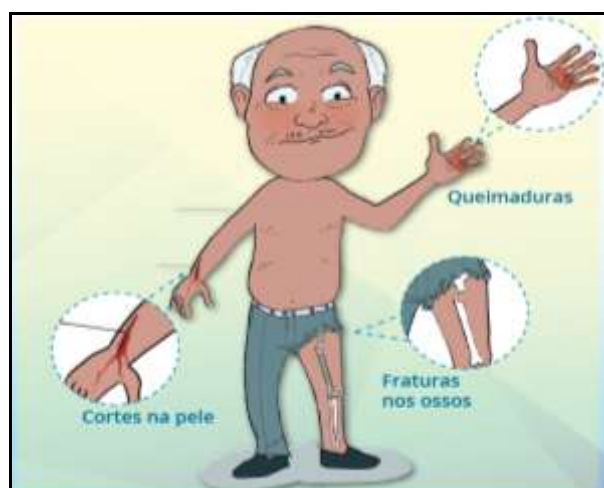
A construção destes instrumentos deve, por sua vez, permitir a visualização do real, do concreto, da possibilidade da ocorrência, permitindo a pessoa idosa e seus familiares, consultá-lo sempre que necessário, orientando o processo de aprendizagem nas suas mais diferentes faces do cuidar.

Assim, as observações dos juízes especialistas demonstraram aceitação sobre a utilidade e concepção desta cartilha, tomando as devidas proporções de acerto, além do reconhecimento e contribuição de que este instrumento representa socialmente, a necessidade de que todos tenham a responsabilidade em promover condições relacionadas à prevenção, proteção e recuperação da saúde da população idosa por intermédio do controle de doenças e agravos (BRASIL, 2013).²

Quadro 9 - Demonstração de algumas modificações dos juízes especialistas.

CARTILHA NA VERSÃO DE AVALIAÇÃO	CARTILHA NA VERSÃO FINAL
1º.- Estava escrito ... é uma lesão que pode ocorrer no corpo da pessoa, acometendo a estrutura da pele e dos ossos.	Agora ...é uma lesão que pode ocorrer no corpo da pessoa, afetando os ossos e a pele.
2º. Estava escrito.... dependendo do trauma pode até ficar internado e até morrer (palavra até repetida)	Agora...dependendo do trauma pode ficar internado e até morrer quando é muito grave (retirada a palavra até duplicada)
3º. - Desenhos – Personagem que demonstra os tipos de traumas. Inicialmente a imagem da mão relacionada ao cortes na pele, estavam mal definidas parecidos com a rede venosa e sem o zoom	Redefinição do desenho do corte e agora com zoom e maior evidência na queimadura e no corte do braço

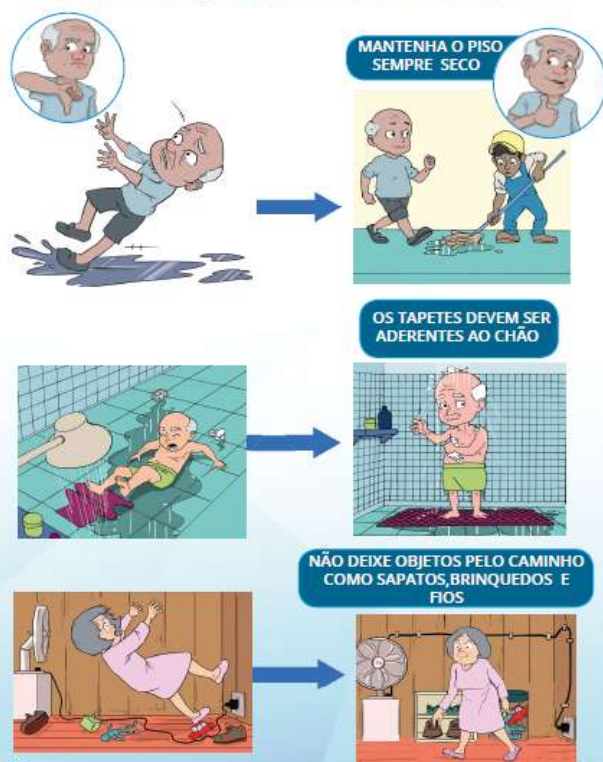
² Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/evlhecimento_saude_pessoa_idosa.pdf>. Acesso em 15 set. 2106.



4º. - O título estava em azul, os juízes especialistas justificaram que estavam muito claras as letras, sugerindo a troca para um outra cor mais chamativa.

Foi dada nova configuração a cor das letras assim como a otimização das figuras.

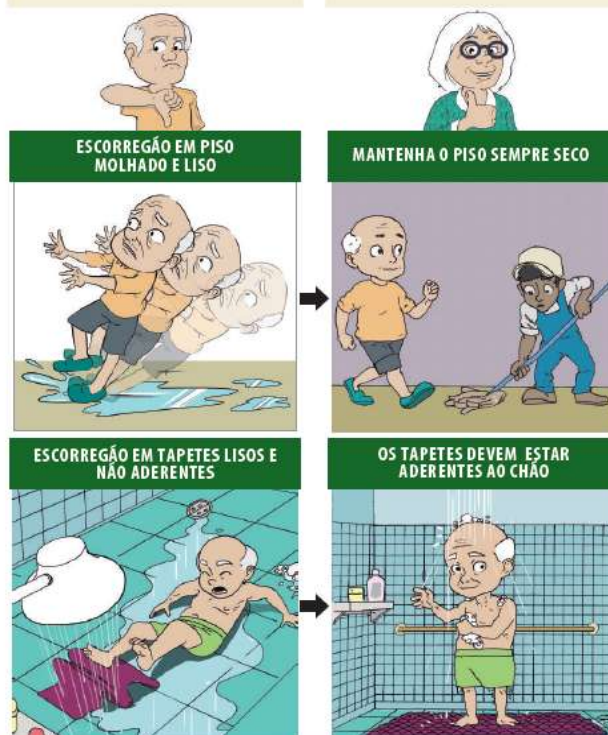
3 CUIDADOS PREVENTIVOS DE FRATURAS NOS OSSOS POR QUEDAS DA PRÓPRIA ALTURA



12

2. PRINCIPAIS CAUSAS DE FRATURAS NOS OSSOS POR QUEDAS EM PESSOAS IDOSAS NO CONTEXTO DOMICILIAR

2.1 .CUIDADOS PREVENTIVOS DE FRATURAS NOS OSSOS POR QUEDAS EM PESSOAS IDOSAS NO CONTEXTO DOMICILIAR



09

5º. - De acordo com a avaliação dos juízes especialistas o solado do calçado não apresentava ranhuras que indicassem a função de maior aderência ao chão.

Realizou-se então o ajuste sobre o solado do calçado, inserindo mais ranhuras e fez-se um X sobre a figura da sandália.



6º. O idoso estava calçado ao cair da cama o que não condiz com a realidade pois ninguém dorme de sapatos.

Após observação dos juízes especialistas retirou-se o calçado da pessoa idosa e foi dado ênfase a altura e largura da cama.



7º. O corrimão estava preenchido com vidro de acordo com a avaliação dos juízes especialistas.

O corrimão agora sem preenchimento de vidro, e de madeira.



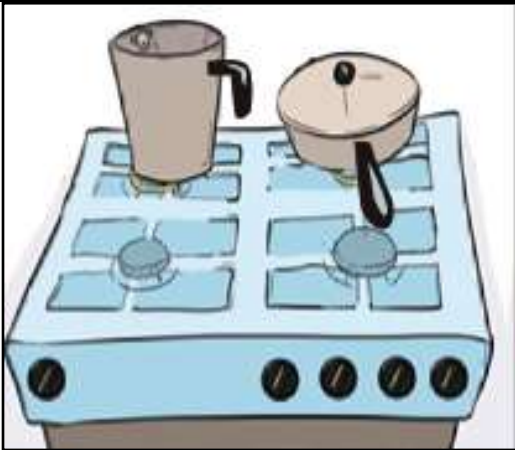
8º. De acordo com a avaliação dos juízes o rosto da idosa estava muito escondido não aparecendo sua fisionomia de forma mais ampla

Após a correção a evidência do rosto da idosa



9º. - A avaliação de um juiz especialista apontou que as panelas estavam com os cabos voltados para trás. Entretanto, as panelas da frente mantinham os cabos na linha da chama o que traduzia na queima ou superaquecimento dos cabos o que poderia provocar acidentes durante a manipulação pela pessoa idosa.

Após ajustes , retirou-se as panelas da frente e manteve-se somente as panelas posteriores com os cabos voltados pra frente.



5.2.7 Versão final da cartilha

TRAUMA FÍSICO EM IDOSO NO CONTEXTO DOMICILIAR: ORIENTAÇÕES PARA A PREVENÇÃO

Alexandre de Souza Vieira
Ana Paula Pessoa de Oliveira
Arinete Vêras Fontes Esteves



TRAUMA FÍSICO EM IDOSO NO CONTEXTO DOMICILIAR: ORIENTAÇÕES PARA A PREVENÇÃO

Alexandre de Souza Vieira
Ana Paula Pessoa de Oliveira
Arinete Vêras Fontes Esteves



UFAM

Ficha Catalográfica

(Catalogação realizada pela bibliotecária Maria Siméia Ale Girão – CRB11-284)

V658t Vieira, Alexandre de Souza
 Trauma físico em idoso no contexto domiciliar: orientações
 para a prevenção / Alexandre de Souza Vieira, Ana Paula Pessoa de
 Oliveira, Arinete Vêras Fontes Esteves. – Manaus : Ed. da Universidade
 Federal do Amazonas, 2018.
 20 p. : il. color. ; 21 cm

1. Enfermagem geriátrica 2. Enfermagem ortopédica - Idosos
3. Quedas (Acidentes) em idosos - Prevenção 4. Ferimentos e lesões -
Enfermagem 5. Idosos - Saúde e higiene I. Oliveira, Ana Paula Pessoa
de II. Esteves, Arinete Vêras Fontes III. Título

CDU (2007): 616-083-053.9

TRAUMA FÍSICO EM IDOSO NO CONTEXTO DOMICILIAR: ORIENTAÇÕES PARA A PREVENÇÃO

Alexandre de Souza Vieira
Ana Paula Pessoa de Oliveira
Arinete Vêras Fontes Esteves



UFAM

FICHA TÉCNICA

Esta cartilha é parte integrante da dissertação do curso de Mestrado Acadêmico de Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem PPGENF Mestrado Associado UEPA-UFAM: Produção e Validação de uma Tecnologia Cuidativo-Educacional sobre os Cuidados na Prevenção de Traumas em Pessoas Idosas no Contexto Domiciliar.

PRODUÇÃO GRÁFICA E DIAGRAMAÇÃO

Eunuquis Aguiar - Marcio Maciel

REVISÃO ORTOGRÁFICA:

Ellen Derzi

AUTORES:

Alexandre de Souza Vieira

Profa. Dra. Ana Paula Pessoa de Oliveira







Profa. Dra. Arinete Vêras Fontes Esteves

VALIDAÇÃO:

Participaram do processo de validação juizes dos seguintes estados: Amazonas, Rio de Janeiro, São Paulo, Brasília e Rio Grande do Sul.

Manaus/AM, 2017

SUMÁRIO

07	Apresentação -----	
08	1. Traumas físicos mais comuns em pessoas idosas	
09	2. Principais causas de fraturas nos ossos em pessoas idosas no contexto domiciliar -----	
09	2.1. Cuidados preventivos de fraturas nos ossos em pessoas idosas no contexto domiciliar	
12	3. Principais causas de fraturas nos ossos em pessoas idosas por quedas da cama e da rede no contexto domiciliar -----	
12	3.1. Cuidados preventivos de fraturas nos ossos em pessoas idosas por quedas da cama e da rede no contexto domiciliar	
13	4. Principais causas de fraturas nos ossos por quedas da escada em pessoas idosas no contexto domiciliar -----	
13	4.1. Cuidados preventivos de fraturas nos ossos em pessoas idosas por quedas da escada no contexto domiciliar	
14	5. Principais causas de queimaduras em pessoas idosas no contexto domiciliar -----	
14	5.1. Cuidados preventivos de queimaduras em pessoas idosas no contexto domiciliar	

- 16** 6. Principais causas de ferimentos que perfuram e cortam pessoas idosas no contexto domiciliar -----
- 6.1. Cuidados preventivos de ferimentos que perfuram e cortam pessoas idosas no contexto domiciliar
- 19** 7. Principais causas de ferimentos por tombamentos em móveis e deslocamento de objetos em pessoas idosas no contexto domiciliar -----
- 7.1. Cuidados preventivos de ferimentos por tombamentos em móveis e deslocamento de objetos em pessoas idosas no contexto domiciliar
- 22** 8. Referências -----

APRESENTAÇÃO

Os traumas físicos causados por acidentes em pessoas idosas tem sido uma ocorrência frequente nos lares em decorrência da comodidade e do fato de ter-se a idéia de local seguro, negligenciando assim ações básicas de prevenção de acidentes.

A residência pode tornar-se em muitos casos um ambiente propício a acidentes, que levam a traumas físicos. É importante que a pessoa idosa e seus familiares possam identificar os fatores de risco para a ocorrência de traumas e as medidas de cuidados para evitá-los, tornando a casa um ambiente seguro para o convívio diário e manutenção da saúde do idoso.

Trauma físico em pessoas idosas no contexto domiciliar tem sido uma preocupação das autoridades de saúde pública em decorrência do sofrimento físico, psicológico e social que estes eventos podem ocasionar, interferindo na independência, autonomia e qualidade de vida destes indivíduos, afetando diretamente também seus familiares. Nesta perspectiva, esta tecnologia cuidativo - educacional na modalidade de cartilha é uma ferramenta importante que vem apoiar a educação em saúde, na vida diária, visando reduzir os riscos ou eliminar as possíveis causas de traumas físicos que mais acometem a pessoa idosa em sua própria casa subsidiando informações sobre os cuidados preventivos no contexto domiciliar.

Atenciosamente,

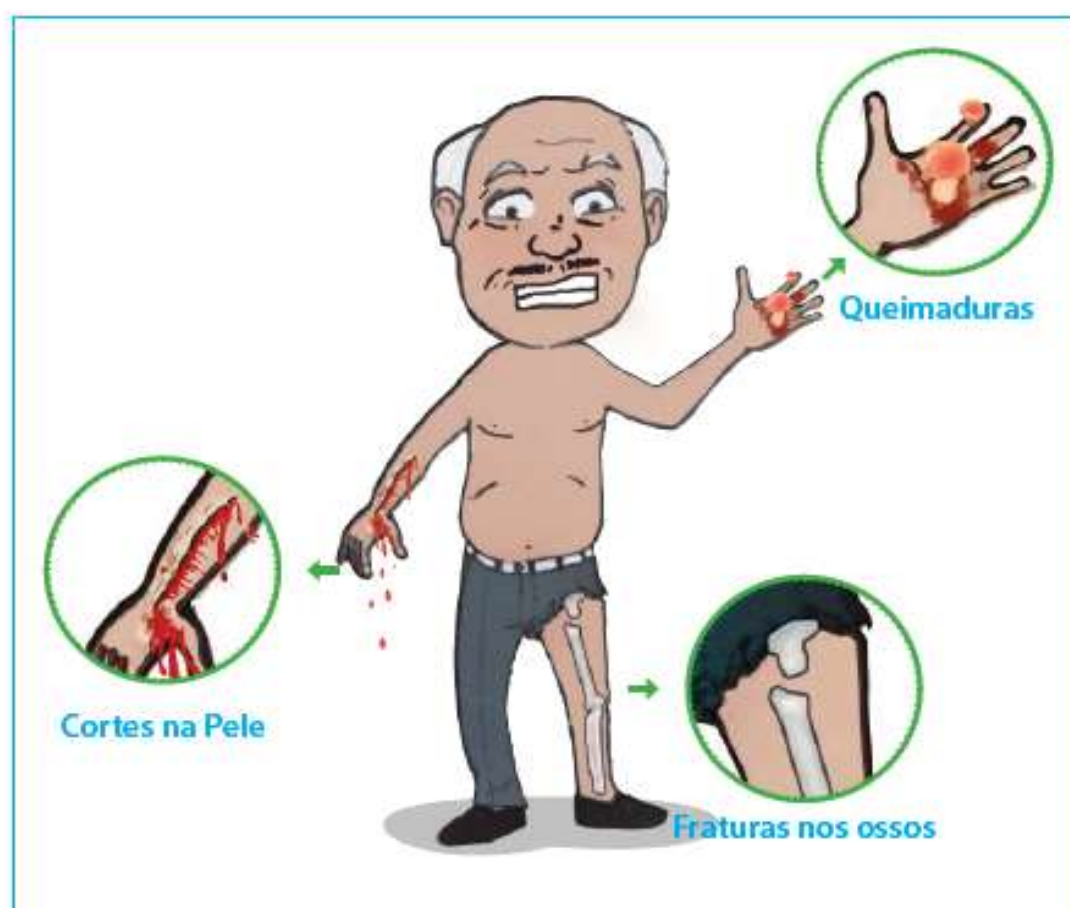
Alexandre de Souza Vieira
Profa. Dra Ana Paula Pessoa de Oliveira
Profa. Dra Arinete Vêras Fontes Esteves

1. TRAUMA FÍSICO

Trauma físico é uma lesão que pode ocorrer no corpo das pessoas, afetando os ossos e a pele, causando dor e desconforto.

Em muitos casos é necessário que a pessoa vá ao hospital para receber atendimento e dependendo do trauma pode ficar internado e até morrer quando é muito grave.

OS TRAUMAS FÍSICOS MAIS COMUNS NAS PESSOAS IDOSAS DENTRO DE CASA SÃO:



2. PRINCIPAIS CAUSAS DE FRATURAS NOS OSSOS POR QUEDAS EM PESSOAS IDOSAS NO CONTEXTO DOMICILIAR



ESCORREGÃO EM PISO MOLHADO E LISO



ESCORREGÃO EM TAPETES LISOS E NÃO ADERENTES



2.1 .CUIDADOS PREVENTIVOS DE FRATURAS NOS OSSOS POR QUEDAS EM PESSOAS IDOSAS NO CONTEXTO DOMICILIAR



MANTENHA O PISO SEMPRE SECO



OS TAPETES DEVEM ESTAR ADERENTES AO CHÃO



2. PRINCIPAIS CAUSAS DE FRATURAS NOS OSSOS POR QUEDAS EM PESSOAS IDOSAS NO CONTEXTO DOMICILIAR



TROPEÇÃO EM PISOS DESNIVELADOS



2.1. CUIDADOS PREVENTIVOS DE FRATURAS NOS OSSOS POR QUEDAS EM PESSOAS IDOSAS NO CONTEXTO DOMICILIAR



OS PISOS DEVEM SER PLANOS



TROPEÇÃO EM FIOS E OBJETOS NO CAMINHO



A PASSAGEM DEVE ESTAR LIVRE DE OBSTÁCULOS



2. PRINCIPAIS CAUSAS DE FRATURAS NOS OSSOS POR QUEDAS EM PESSOAS IDOSAS NO CONTEXTO DOMICILIAR



2.1. CUIDADOS PREVENTIVOS DE FRATURAS NOS OSSOS POR QUEDAS EM PESSOAS IDOSAS NO CONTEXTO DOMICILIAR



USO DE CALÇADOS INADEQUADOS



OS CALÇADOS DEVEREM TER SOLADO ANTIDERRAPANTE, EVITE CHINELO



CALÇADOS ADEQUADOS



IMAGEM FONTE: WWW.ORTECORTOPEDIA.COM



IMAGEM FONTE: WWW.MLSTATIC.COM

3. PRINCIPAIS CAUSAS DE FRATURAS NOS OSSOS POR QUEDAS DA CAMA E DA REDE EM PESSOAS IDOSAS NO CONTEXTO DOMICILIAR



CAMAS MUITO ALTAS E ESTREITAS



REDES CURTAS E PEQUENAS



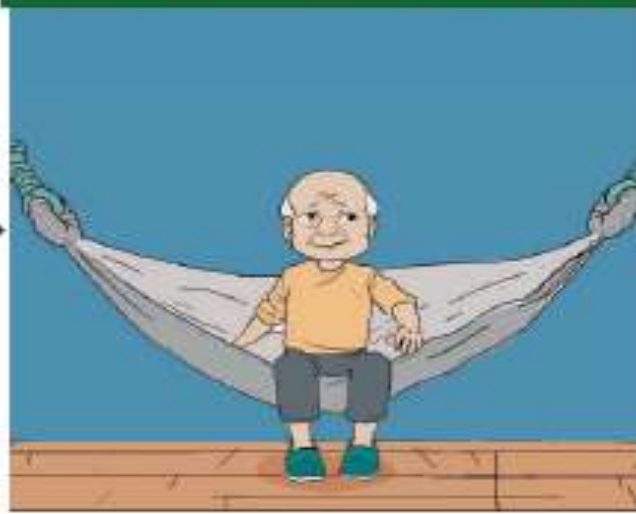
3.1. CUIDADOS PREVENTIVOS DE FRATURAS NOS OSSOS EM PESSOAS IDOSAS POR QUEDAS DA CAMA E DA REDE NO CONTEXTO DOMICILIAR



AS CAMAS DEVEM TER ALTURA E LARGURA AJUSTADAS



AS REDES DEVEM ESTAR BEM FIXADAS E NA ALTURA ADEQUADA DA PESSOA IDOSA



4. PRINCIPAIS CAUSAS DE FRATURAS NOS OSSOS EM PESSOAS IDOSAS POR QUEDAS DA ESCADA



FALTA DE APOIO NAS LATERAIS DA ESCADA



4.1. CUIDADOS PREVENTIVOS DE FRATURAS NOS OSSOS EM PESSOAS IDOSAS POR QUEDAS DA ESCADA NO CONTEXTO DOMICILIAR



AS ESCADAS DEVEM TER CORRIMÃO OU GUARDA-CORPO



A CASA DEVE OFERECER AS PESSOAS IDOSAS CONFORTO PRIMANDO PELA PREVENÇÃO DOS RISCOS DE ACIDENTES E TRAUMAS!



5. PRINCIPAIS CAUSAS DE QUEIMADURAS EM PESSOAS IDOSAS NO CONTEXTO DOMICILIAR



AO ACENDER FOGO



AO DEIXAR OS CABOS DAS PANELAS VOLTADOS PARA FRENTE



5.1. CUIDADOS PREVENTIVOS DE QUEIMADURAS EM PESSOAS IDOSAS NO CONTEXTO DOMICILIAR



USE PALITOS DE FÓSFOROS LONGOS



AS PANELAS DEVEM FICAR NA PARTE DE TRÁS DO FOGÃO COM OS CABOS PARA DENTRO



5. PRINCIPAIS CAUSAS DE QUEIMADURAS EM PESSOAS IDOSAS NO CONTEXTO DOMICILIAR



LÍQUIDOS AQUECIDOS EM RECIPIENTES SEM ALÇA



5.1. CUIDADOS PREVENTIVOS DE QUEIMADURAS EM PESSOAS IDOSAS NO CONTEXTO DOMICILIAR



OS RECIPIENTES DEVEM TER ALÇA



6. PRINCIPAIS CAUSAS DE FERIMENTOS QUE PERFURAM E CORTAM PESSOAS IDOSAS NO CONTEXTO DOMICILIAR



CORTE POR MANIPULAÇÃO INCORRETAS DE FACAS E TERÇADOS

6.1. CUIDADOS PREVENTIVOS DE FERIMENTOS QUE PERFURAM E CORTAM PESSOAS IDOSAS NO CONTEXTO DOMICILIAR



AS FACAS E TERÇADOS DEVEM SER UTILIZADAS COM CUIDADO E PROTEGIDAS APÓS USO



6. PRINCIPAIS CAUSAS DE FERIMENTOS QUE PERFURAM E CORTAM PESSOAS IDOSAS NO CONTEXTO DOMICILIAR



CUIDADO COM UTENSÍLIOS DE VIDRO



CACOS DE VIDRO PODEM CAUSAR CORTES PROFUNDOS COM SANGRAMENTO E DOR. TENHA CUIDADO!

6.1. CUIDADOS PREVENTIVOS DE FERIMENTOS QUE PERFURAM E CORTAM PESSOAS IDOSAS NO CONTEXTO DOMICILIAR



USE SEMPRE OBJETOS COM ALÇA E INQUEBRÁVEIS SE POSSÍVEL



6. PRINCIPAIS CAUSAS DE FERIMENTOS QUE PERFURAM E CORTAM PESSOAS IDOSAS NO CONTEXTO DOMICILIAR



AO ANDAR DESCALÇO



6.1. CUIDADOS PREVENTIVOS DE FERIMENTOS QUE PERFURAM E CORTAM PESSOAS IDOSAS NO CONTEXTO DOMICILIAR



EVITE ANDAR DESCALÇO



WWW.PT.ALIEXPRESS.COM

DEDO SEM PROTEÇÃO



PROTEJA OS DEDOS



7. PRINCIPAIS CAUSAS DE FERIMENTOS POR TOMBAMENTOS EM MÓVEIS E DESLOCAMENTO DE OBJETOS EM PESSOAS IDOSAS NO CONTEXTO DOMICILIAR



TOMBAMENTOS EM MÓVEIS DOMÉSTICOS NO CAMINHO



TOMBAMENTOS EM MÓVEIS DOMÉSTICOS COM BORDA PONTIAGUDA



UMA CASA DESARRUMADA PODE CAUSAR ACIDENTES. MANTENHA TUDO EM ORDEM PARA EVITAR TRAUMAS!

7.1. CUIDADOS PREVENTIVOS DE FERIMENTOS POR TOMBAMENTOS EM MÓVEIS E DESLOCAMENTO DE OBJETOS EM PESSOAS IDOSAS NO CONTEXTO DOMICILIAR



OS MÓVEIS DEVEM SER COLOCADOS FORA DO CAMINHO



AS BORDAS DOS MÓVEIS DEVEM SER ARREDONDADAS



7. PRINCIPAIS CAUSAS DE FERIMENTOS POR TOMBAMENTO DE MÓVEIS E DESLOCAMENTO DE OBJETOS EM PESSOAS IDOSAS NO CONTEXTO DOMICILIAR



ARMÁRIOS CHEIOS DE OBJETOS



7.1. CUIDADOS PREVENTIVOS DE FERIMENTOS POR TOMBAMENTO DE MÓVEIS DESLOCAMENTO DE OBJETOS EM PESSOAS IDOSAS NO CONTEXTO DOMICILIAR



OS ARMÁRIOS DEVEM ESTAR AJUSTADOS NA PAREDE E NA ALTURA DA PESSOA IDOSA



ARMÁRIOS ALTOS E SOLTOS



FIXE E ORGANIZE OS ARMÁRIOS



ARMÁRIOS CHEIOS E ALTOS PODEM CAUSAR ACIDENTES. CUIDADO AO ABRIR E UTILIZAR OS OBJETOS DOS ARMÁRIOS. SE POSSÍVEL PEÇA AJUDA!

O cuidar da pessoa idosa requer um olhar diferenciado, pois deve ser observado que este necessita não apenas de cuidados da alimentação e remédios para a pressão alta, diabetes, osteoporose, entre outras doenças advindas com a idade e/ou hereditárias, mas acima de tudo de cuidados no domicílio relacionados à promoção de saúde e prevenção de agravos, tornando-se um indivíduo independente em suas necessidades, realizando seu auto cuidado, buscando melhorias na nova fase de vida saudável e com qualidade.

É nessa perspectiva que esta cartilha educativa, construída e validada sobre “Trauma Físico em Idoso no contexto Domiciliar: Orientações para a Prevenção”, tem como meta fornecer conhecimentos científicos dos familiares e também dos cuidadores de idosos, no sentido de melhorar informações empíricas na temática de prevenção dos traumas mais comuns na pessoa idosa.

Referências

ALIEXPRESS IMPORTADORA. Disponível em: www.pt.aliexpress.com/w/wholesale-genuine-leather-slippers.html Acesso em 12 de dez 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. **Diário Oficial da União**, Brasília, 20 out 2006, Seção 1, p. 142.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde de pessoa idosa**. Brasília, 2006.

FAZEL, M.;FAKHARIAN, E. ;KALAHROUDI,M., et al. Epidemiology of home – related injuries during a six year period in Kashan, Iran. **Archives of trauma research**. v.1, n.3, p.118-122, 2012. Disponível em: http://archtrauma.com/?page=browse&search_type=articles&article_group=2012&article_subgroup=Volume%201,%20Issue%203,%20Autumn&display_article_title=1&display_article_type=1&display_article_pdf=1&display_article_authors=1&display_article_information=1. Acesso em: 20 dez. 2016.

HAUSER,E.;SANDRESCHI,P.;PARIZZOTTO,D.etal.Medo de cair e desempenho físico em idosos praticantes de atividade física. **Revista de Educação Física**. v. 26 n.4, p. 593-600, 2015. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/RevEducFis/article/view/28442> Acesso em: 29 nov. 2016

MISTALIC VENDAS. Disponível em : WWW.mistalic.com . Acesso em 12 dez de 2017.

ORTEC ORTOPEDIA TÉCNICA. Disponível em : www.ortecortopedia.com/produto/sandalia-ortopedica-suzy-palha.html Acesso em 12 de dez de 2017

JHONSON, S.; KELLY, S.; RASALI, D. Differences in fall injury hospitalization and related survival rates among older adults across age, sex, and areas of

residence in Canada. *Injury Epidemiology*.v. 2, n. 1, p. 24, 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27747756> DOI: 10.1186/s40621-015-0056-1. Acesso em: 29 de nov. 2016.

SERRA, M. ;JÚNIOR, L.S;PERANDIO, A. et al. Queimadura em pacientes da terceira idade: epidemiologia de 2001 a 2010. *Revista Brasileira de Queimaduras*. v.10, n.4, p. 111-113, 2011. Disponível em: <http://rbqueimaduras.com.br/details/79/pt-BR/queimadura-em-pacientes-da-terceira-idade--epidemiologia-de-2001-a-2010>. Acesso em: 3 de novembro 2016.

STREIT, I. ;MAZO,G.. ;VIRTUOSO, J. et al. Aptidão física e ocorrência de quedas em idosos praticantes de exercícios físicos. *Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde*, v. 16, n. 4, p. 346-352, 2012. Disponível em: <https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/RBAFS/article/view/632>. DOI: [HTTP://DX.DOI.ORG/10.12820/RBAFS.V.16N4P346-352](http://dx.doi.org/10.12820/RBAFS.V.16N4P346-352). Acesso em: 3 nov. 2016.

VALCARENGHI,R. ;SANTOS,S. ;HAMMERSCHMID, K. et al. Ações institucionais alicerçadas em diagnósticos de enfermagem para prevenção de quedas em idosos. *Rev. RENE*. v. 15, n.2, p. 224-232, 2014. Disponível em: <http://pesquisa.bvs.br/brasil/resource/pt/lil-721869> DOI: 10.15253/2175-6783.2014000200006. Acesso em 12 janeiro 2017.

VAZIRI, D. ;AAL, K. ;OGONOWISK, C. et al. Exploring user experience and technology acceptance for a fall prevention system: results from a randomized clinical trial and a living lab, *Eur Rev Aging Phys Act*. v.13, n.6, 2010. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27293489> DOI: 10.1186/s11556-016-0165-z. Acesso em: 12 jan 2017.

WHITEMAN, C. ;DAVIDOV,D. ;SIKORA, R. et al. Major Trauma and the Elder West Virginian: A Six Year. *W V Med J*, v. 112, n.3, p. 94-99, 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27301162>. Acesso em: 3 jan. 2017.

**PROGRAMA DE PÓS
GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE MESTRADO
ACADÊMICO EM ENFERMAGEM**



A prevenção é a melhor forma de cuidado especialmente em tratando de pessoas idosas.

Espera-se que esta cartilha sirva como fonte de consulta no intuito de promover o reconhecimento precoce dos fatores de risco capazes de causar o trauma físico em pessoas idosas.

Nesse contexto é importante reconhecer que o trauma físico requer uma tomada de decisão imediata, encaminhando a vítima ao pronto socorro para atendimento especializado.

Telefones úteis:

SAMU – 192

CORPO DE BOMBEIROS – 193

POLÍCIA MILITAR – 190



CONSIDERAÇÕES FINAIS

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A produção desta tecnologia no formato de cartilha sobre os cuidados preventivos de trauma em pessoas idosas no contexto domiciliar, conduziu à meticulosa pesquisa sobre a temática. Nesta caminhada, houve necessidade de investigar e se apropriar, de forma peculiar, das publicações científicas sobre o envelhecimento, ocorrência do trauma em pessoas idosas no contexto domiciliar e suas estratégias preventivas.

Entretanto, os resultados levantados por meio da revisão integrativa acerca dos cuidados preventivos no ambiente doméstico em pessoas idosas, ainda são incipientes, poucos estudos mencionaram de forma direta as medidas relacionadas à prevenção de traumas domésticos nessa população. As evidências demonstradas nos resultados dessa revisão integrativa se apresentaram de forma tímida e pontual nos artigos pesquisados, uma vez que algumas medidas relacionadas, apenas a prevenção de quedas e queimaduras foram levantadas e muito pouco exploradas, medidas estas, focalizadas na necessidade de realização de atividades físicas pelos idosos e de supervisão de seus familiares.

Nesta perspectiva, a literatura apontou para a necessidade da elaboração de estudos direcionados especificamente aos cuidados preventivos de traumas nas pessoas idosas, pois cada vez mais estes sofrem consequências danosas em função de lesões ocasionadas no contexto de sua própria casa. Neste sentido, novos estudos poderão contribuir para o preparo do contexto domiciliar como ambiente promotor de cuidados que evitem os diversos tipos de traumas nessa população, que em virtude de fatores relacionados à idade se encontra mais vulnerável.

Importante destacar que a produção de uma tecnologia cuidativo-educacional, como a desse estudo, requer um trabalho sistematizado, valorizando a realidade cotidiana das pessoas idosas no contexto em que vive e suas particularidades pessoais relacionadas ao processo de envelhecimento, articulado as especificidades regionais. Foi com base na realidade das pessoas idosas da região Norte é que houve uma preocupação pela produção de uma tecnologia inclusiva, permitindo aos não alfabetizados o acesso às informações contidas na cartilha produzida neste estudo.

Foi de significativa importância a troca dos saberes para o desenvolvimento metodológico desta cartilha para possibilitar a educação em saúde voltada para os cuidados preventivos de traumas em pessoas idosas no contexto domiciliar, proporcionando reflexão, mudança de paradigmas e atitudes em prol da minimização ou eliminação dos fatores que podem ocasionar riscos à saúde.

O desenvolvimento do processo de validação com os juízes especialistas, profissionais da saúde e de outras áreas, com embasamento científico de alto nível de qualificação e experiência profissional, permitiu um julgamento consciente. Tal julgamento obteve grau de concordância satisfatório em relação ao constructo e objetivos propostos pela cartilha, sendo que o aprimoramento desta tecnologia se deu por meio do registro de sugestões e comentários.

A validação pelo público-alvo, constituído por pessoas idosas alfabetizadas e não alfabetizadas e seus respectivos familiares, contribuiu para a avaliação da semântica da cartilha. Tanto as pessoas idosas como seus familiares se sentiram motivados e valorizados em poder contribuir para a construção de um instrumento que irá beneficiá-los diretamente, pois muitos deles haviam relatado haver passado pela difícil experiência de sofrerem alguns dos tipos de traumas elencados na pesquisa, dentro de sua própria casa.

Os resultados da validação pelos profissionais mostram que a cartilha produzida neste estudo constitui um instrumento tecnológico de comunicação social que agrega conhecimentos de forma clara e simples, principalmente àquelas pessoas idosas desfavorecidas em virtude da baixa escolaridade, pela ênfase nas ilustrações/desenhos em detrimento da escrita, em que dúvidas e questionamentos podem ser sanados pela consulta regular às informações contidas neste instrumento.

Os resultados obtidos no processo de validação permitem afirmar que a cartilha também poderá ser parte integrante das atividades profissionais, nos processos de tomada de medidas preventivas quando do desenvolvimento das atividades relacionadas à atenção básica, na Estratégia de Saúde da Família, principalmente pelo enfermeiro, na plenitude de seu exercício profissional.

Nesta perspectiva, recomenda-se a aplicação desta cartilha como suporte do processo de educação em saúde na família, comunidades, hospitais, associações governamentais e não governamentais voltadas para a saúde da pessoa idosa. Considera-se importante que a (o) enfermeira (o) possa refletir sobre a importância

da utilização das Tecnologias Cuidativo-educacionais como materiais de apoio às ações de promoção da saúde e prevenção de agravos, principalmente no contexto familiar e no âmbito do domicílio.

Entende-se que a realização deste estudo abrirá novas possibilidades para o desenvolvimento de pesquisas que favoreçam a aplicabilidade dessa cartilha com pessoas idosas, familiares e profissionais. Deseja-se que a cartilha aqui construída e validada possa despertar o interesse dos órgãos de Saúde Pública para sua confecção, distribuição e utilização, sem ônus, nas unidades básicas de saúde, Estratégia de Saúde da Família, organizações e entidades ligadas à gerontologia e geriatria, em prol da elevação da qualidade de vida da pessoa idosa, especialmente as amazônicas.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

- ABRANTES, K. S. M. et al. Caracterização das quedas em idosos socorridos pelo serviço de atendimento móvel de urgência. **ABCS health sci.**, v. 38, n. 3, p. 126-32, 2013. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/1983-2451/2013/v38n3/a3905.pdf>>. Acesso em: 24 ago. 2016.
- ÁFIO, A. C. E. et al. Análise do conceito de tecnologia educacional em enfermagem aplicada ao paciente. **Rev Rene.**, v. 15, n. 1, p. 158-165, jan./fev. 2014. Disponível em: <<http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/3108>>. Acesso em: 24 ago. 2016.
- ALEXANDRE, N. M. C.; COLUCI, M. Z. O. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 7, p.3061-3068, 2011. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63019107006>>. Acesso em: 8 jul. 2016.
- ALMEIDA, E. R.; MOUTINHO, C. B.; DE SOUZA LEITE, M. T. A prática da educação em saúde na percepção dos usuários hipertensos e diabéticos. **Saúde em debate**, v. 38, n. 101, p. 328-337, 2014.
- ALMEIDA, J. W. F.; SANTOS, J. N. Assistência de enfermagem em grupos de riscos a queimadura. **Rev. bras. queimaduras**, v. 12, n. 2, p. 71-6, 2013.
- ALSAFRAN, S.K. et al. The impact of caregiver support on mortality following burn injury in the elderly. **J Burn Care Res.**, v. 34, n. 3, p. 307010, 2013.
- ANDRADE, L. M. **Construção e validação de um manual de orientações a familiares de pessoas com mobilidade física prejudicada**. 2011. 123f. Tese (Doutorado em Enfermagem)- Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Fortaleza, CE, 2011.
- AREOSA, S. V. C.; ARAÚJO, C. K.; CARDOSO, C. M. C.; MOREIRA, E. P. Envelhecimento: relações pessoais e familiares. **Barbarói**, Santa Cruz do Sul, v.36, ed. esp., p.120-132, jan./jun. 2012. Disponível em: <<https://online.unisc.br/seer/index.php/barbaroi/article/viewFile/2931/2126>>. Acesso em: 24 ago. 2016.
- ARRUDA, L. P.; MOREIRA, A. C. A.; ARAGÃO, A. E. A. Promoção da saúde: atribuições do enfermeiro como educador na estratégia saúde da família. **Essentia-Revista de Cultura, Ciência e Tecnologia da UVA**, v. 16, n. 1, p. 183-203, 2014.
- AYRES, J. R. C. M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Saúde e sociedade**, v. 13, n. 3, p. 16-29, 2004.
- BANKS, M. **Dados visuais: para pesquisa qualitativa**. Porto Alegre: Artmed, 2009.
- BARRA, D. C. C. et al. Evolução histórica e impacto da tecnologia na área da saúde e da enfermagem. **Rev. Eletr. Enf.** [on-line], v. 8, n. 3, p. 422-30, 2006. Disponível

em: <http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_3/v8n3a13.htm>. Acesso em: 20 set. 2014.

BARRETO, R. G. et al. **Discursos, tecnologias, educação**. EDUERJ, Editora da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2009.

BARROS, E. J. L. et al. Educational geronto-technology for ostomized seniors from a complexity perspective. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 33, n. 2, p. 95-101, 2012.

BELLATO, R. et al. O cuidado familiar na situação crônica de adoecimento. In: CONGRESSO IBERO-AMERICANO EM INVESTIGAÇÃO QUALITATIVA, 1, 2015, Aracajú. **Anais...** Sergipe: Universidade Tiradentes, 2015. Disponível em: <<http://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2015/article/view/92/88>>. Acesso em: 15 set. 2016.

BENEVIDES, J. L. et al. Construção e validação de tecnologia educativa sobre cuidados com úlcera venosa. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 50, n. 2, p. 309-316, abri. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342016000200309&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 set. 2016.

BERARDINELLI, L. M. M. et al. Tecnologia educacional como estratégia de empoderamento de pessoas com enfermidades crônicas. **Rev enferm UERJ**, v. 22, n. 5, p. 603-9, 2014.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado, 1988.

_____. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 set. 1990. Seção 1, p. 18055-59.

_____. Lei nº 10.741, 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o estatuto do idoso e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 1 out. 2003. Seção 1, p. 1.

_____. Portaria nº 2.528, 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 out. 2006. Seção 1, p. 142.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 1.996/GM/MS, de 20 de agosto de 2007**. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências. Brasília: MS, 2007.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Política Nacional de Gestão**

de Tecnologias em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 48 p. (Série B. Textos Básicos em Saúde).

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Informática Do SUS. DATASUS, 2016. Disponível em: <<http://datasus.saude.gov.br/>>. Acesso em: 8 jul. 2016.

BROSKA JUNIOR, C. A.; FOLCHINI, A. B.; RUEDIGER, R. R. Estudo comparativo entre o trauma em idosos e não idosos atendidos em um Hospital Universitário de Curitiba. **Rev. Col. Bras. Cir.**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 4, p. 281-286, Aug. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-69912013000400005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 8 jul. 2016.

CARVALHO, E. M.; DELANI, T. C. O.; FERREIRA, A. A. Atenção à saúde do idoso no Brasil relacionada ao trauma. **Revista UNINGÁ Review**, v. 20, n. 3, p. 88-93, 2014.

CHIANCA, T. C. M. et al. Prevalência de quedas em idosos cadastrados em um Centro de Saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 66, n. 2, p. 234-40, 2013.

CRUZ, D. et al. Prevalência de quedas e fatores associados em idosos. **Revista de Saúde Pública**, v. 46, n. 1, p. 138-46, 2012.

CUNHA, A. G. A. **Infecções das vias aéreas superiores**: construção e validação de tecnologia educacional com educadoras infantis. 2014. Dissertação (Curso de Mestrado em Enfermagem)- Universidade Federal do Amazonas, Escola de Enfermagem de Manaus, 2014.

DADDALT, G. T.; EIZERIK, D. P. Trauma físico: nível de dor relatado e analgésico prescrito. **Rev. Bras. Farm.**, v. 94, n. 2, p. 89-93, 2013. Disponível em: <<http://www.rbfarma.org.br/files/rbf-94-2-1-2013.pdf>>. Acesso em: 8 jul. 2016.

DAVIS, J.S.; et al. A new algorithm to allow early prediction of mortality in elderly burn patients. **Burns**, v. 38, n. 8, p. 1114-8, 2012.

DE CAMPOS, M. B. Estrutura Domiciliar de Migração: com quem os idosos migram?. **Anais**, p. 1-16, 2016.

DE SÁ, Nídia Regina Limeira. Cultura, poder e educação de surdos. **Cadernos de Pesquisa**, n. 118, p. 272, 2013.

DEGANI, G. C. et al. Idosos vítimas de trauma: doenças preexistentes, medicamentos em uso no domicílio e índices de trauma. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 67, n. 5, p. 759, 2014.

DIAS, M. M. C. B. S.; CHAVES, J. H. S. S. **Funções das imagens na aprendizagem de alunos com necessidades especiais.** [S.l.: s.n], 1999.

DODT, R. C. M. et al. Influência de estratégia de educação em saúde mediada por álbum seriado sobre a autoeficácia materna para amamentar. **Texto & Contexto**

Enfermagem, n. 22, 2013. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=71428558006>>. Acesso em: 11 jul. 2015.

ECHER, I. C. Elaboração de manuais de orientação para o cuidado em saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 5, p. 754-757, Oct. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S01041692005000500022&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 dez. 2016.

ESTEBAN-GUITART, Moisés; OLLE, Judith; VILA, Ignasi. Vinculando escuela, familia y comunidad a través de los fondos de conocimiento e identidad. Un estudio de caso con una familia de origen marroquí. **Revista de Investigación en Educación**, n. 10, v. 2, p. 21-34, 2012.

FAZEL, M.; et al. Epidemiology of home – related injuries during a six year period in Kashan, Iran. **Archives of trauma research**, v. 1, n. 3, p. 118-122, 2012. Disponível em: <http://www.archtrauma.com/page=article&article_id=7709>. Acesso em: 20 dez. 2016.

FERRIGNO, J. C. **O conflito de Gerações**: Atividades culturais e de lazer como estratégia de superação com vistas à construção de uma cultura intergeracional solidária. 2010. Tese (Doutorado em Psicologia Social)– Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

FISTAROL, D. O. et al. Programa NERDS da Fronteira e o uso da Robótica Educacional na Inclusão Digital. In: **COMPUTER ON THE BEACH. Anais...**, p. 259-268, 2015.

FONSECA, Luciana Mara Monti et al. Cartilha educativa para orientação materna sobre os cuidados com o bebê prematuro. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 1, p. 65-75, fev. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692004000100010&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 11 dez. 2016.

FREITAS, E. V. et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Guanabara Koogan, 2006.

FREITAS, R. et al. Cuidado de enfermagem para prevenção de quedas em idosos: proposta para ação. **Rev Bras Enferm**, Brasília, DF, v. 64, n. 3, mai./jun. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n3/v64n3a11.pdf>>. Acesso em: 11 dez. 2015.

FROTA, N. M. et al. Construção de uma tecnologia educacional para o ensino de enfermagem sobre punção venosa periférica. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 34, n. 2, p. 29-36, 2013.

FUNARI, C. R. **Cartilha de Arqueologia**, 2015

FUNDO DE POPULAÇÕES DA NAÇÕES UNIDAS. Envelhecimento do século XXI. UNFPA, 2012. Disponível em: <https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Portuguese-Exec-Summary_0.pdf>. Acesso em: 11 jul. 2014.

GIRONDI, Juliana Balbinot Reis; SANTOS, Silvia Maria Azevedo dos; NOTHAFT, Simone Cristine dos Santos. Perspectivas da deficiência física no idoso: vulnerabilidades em saúde. **Rev enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 172-7, mar./abr. 2015. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v23n2/v23n2a05.pdf>>. Acesso em: 15 jan. 2017.

GOES, Thais Monteiro; POLARO, Sandra Helena Isse; GONÇALVES, Lucia Hisako Takase. Cultivo do bem viver das pessoas idosas e tecnologia cuidativo-educacional de enfermagem. **Enfermagem em Foco**, v. 7, n. 2, p. 47-51, 2016.

GONÇALVES, C. R. **Direito Civil Brasileiro, volume 6: Direito de Família. 7 ed. São Paulo: Saraiva, 2010.**

GOUVÊA, E. P. et al. Um trabalho de pesquisa-ação com uso de metodologia ativa no ensino de tecnologia de informação. **REGS -Educação, Gestão e Sociedade: revista da Faculdade Eça de Queirós**, v. 5, n. 20, nov. 2015. Disponível em: <<http://www.faceq.edu.br/regs/downloads/numero20/1-Um-trabalho-de-pesquisa-acao.pdf>>. Acesso em: 11 dez. 2015.

GRDEN, et al. Caracterização de idosos vítimas de acidentes por causas externas. **Cogitare Enfermagem**, v. 19, n. 3, 2014.

GUIMARÃES, L. H. C. T., et al. Comparação da propensão de quedas entre idosos que praticam atividade física e os idosos sedentários. **Revista Neurociências**, v. 12, n. 2, p. 68-72, 2004.

GUTIERREZ, Denise Machado Duran; MINAYO, Maria Cecília de Souza. Produção de conhecimento sobre cuidados da saúde no âmbito da família. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 1, p. 1497-1508, June 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000700062&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 11 dez. 2015.

GVOZD, R.; DELLAROZA, M.S.G. Velhice e a relação com idosos: o olhar de adolescentes do ensino fundamental. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 295-304, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232012000200012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 24 out. 2016.

HAYNES, N. S.; RICHARD, D. C. S.; KUBANY, E. S. Content Validity Psychological Assesment: a functional approach to concepts an methods. **Psychological Assesment**, v. 7, n. 3, p. 238-247, 1995. Disponível em: <http://www.bwgriffin.com/gsu/courses/edur9131/content/Haynes_Content_Validity_Assessment.pdf>. Acesso em: 24 out. 2016.

HIPP, R. Orígenes del matrimonio y de la familia modernos. **Revista Austral de Ciências Sociales**, Valdivia, Universidade Austral do Chile, n. 11, p. 59-78, 2006.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. **Síntese de Indicadores 2012**. IBGE, 2012. Disponível em: <https://ww2.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2012/default_sintese.shtm>. Acesso em: 10 jul. 2016.

JANINI, J. P.; BESSLER, D.; VARGAS, A. B. Educação em saúde e promoção da saúde: impacto na qualidade de vida do idoso. **Saúde debate**, v. 39, n. 105, p. 480-90, 2015.

KENSKI, Vani Moreira. **Educação e tecnologias**. Papyrus editora, 2007.

LANZONI, G. M. M.; MEIRELLES, B. H. S. Liderança do enfermeiro: uma revisão integrativa da literatura. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 19, n. 3, 2011. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281421956025>>. Acesso em: 15 jan. 2017.

LIMA, O. B. A. et al. A enfermagem e o cuidado à vítima de queimaduras: revisão integrativa. **Rev Enferm UFPE on line, Recife**, v. 7, n.(esp.), p. 4944-50, 2013.

LIMA, R. S.; CAMPOS, M. L. P. Perfil do idoso vítima de trauma atendido em uma Unidade de Urgência e Emergência. **Rev Esc Enferm USP**, v. 45, n. 3, p. 659-64, 2011.

LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. **Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 2001

LUZ, T. et al. Violências e acidentes entre adultos mais velhos em comparação aos mais jovens: evidências do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 11, p. 2135-2142, nov. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2011001100007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 jan. 2017.

LYNN, M. R. Determination and quantification of content validity. **Nurs Res**, v. 35, n. 6, p. 382-385, 1986.

MALLMANN, D. G. et al. Educação em saúde como principal alternativa para promover a saúde do idoso. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 6, p. 1763-1772, 2015.

MARSHALL, L.; MEACHEM, L. **Como usar imagens**. São Paulo: Rosario, 2010.

MELO, S. O. B.; LEAL, S. M. C.; VARGAS, M. A.O. Internação de idosos por causas externas em um hospital público de trauma. **Enfermagem em Foco**, v. 2, n. 4, p. 226-230, 2011. Disponível em: <<http://revista.cofen.gov.br/site/>>. Acesso em: 20 ago. 2016.

Mendes ACG, Sa DA, Miranda GMD, Lyra TM, Tavares RAW. Assistência pública de saúde no contexto da transição demográfica brasileira: exigências atuais e futuras. **Cad Saude Publica**. 2012;28(5):955-64.

MENDONÇA, M. R. S. Ciência em quadrinhos: recurso didático em cartilhas educativas. 2008.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 14 ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

_____. SOUZA, E. R.; PAULA, D. R. Revisão sistemática da produção acadêmica brasileira sobre causas externas e violências contra a pessoa idosa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 6, p. 2719-2728, 2010.

MITRE, Sandra Minardi et al. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, supl. 2, p. 2133-2144, dec. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000900018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 ago. 2016.

MOREIRA, M. F.; NÓBREGA, M. M. L.; SILVA, M. I. T. Comunicação escrita: contribuição para a elaboração de material educativo em saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, n. 56, mar./abr. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=267019643015>>. Acesso em: 11 jul. 2015.

NASCIMENTO, M. H. M. **Tecnologia para mediar o cuidar-educando no acolhimento de “familiares cangurus” em unidade neonatal**: Estudo de Validação. 2012. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade do Estado do Pará, Belém.

NEVES, A. M.; MENDES, L. C.; SILVA, S. R. Práticas educativas com gestantes adolescentes visando a promoção, proteção e prevenção em saúde. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 19, n. 1, p. 241-244, 2015. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/exportar-pdf/999/v19n1a19.pdf>>. Acesso em: 20 ago. 2016.

NIETSCHE, E. A.; TEXEIRA, E.; MEDEIROS, H.P. (Org). **Tecnologias cuidativo-educacionais: uma possibilidade para o empoderamento do/a enfermeiro/a?** Porto Alegre: Moria, 2014.

NIETSCHE, E. A. As Tecnologias Assistenciais, Educacionais e Gerenciais produzidas pelos Docentes dos Cursos de Enfermagem das Instituições de Ensino Superior de Santa Maria-RS. In: UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA. **Relatório Final**. Santa Maria (RS): UFSM/CNPq, 2005.

_____. et al. Tecnologias Inovadoras do Cuidado em Enfermagem. **Rev. Enferm. UFSM**, v. 2, n. 1, p. 182-189, jan/abr, 2012.

_____. **Tecnologia emancipatória**: possibilidade ou impossibilidade para a práxis de enfermagem. Ijuí: Unijuí, 2000. 360p.

TEXEIRA, E.; MOTA, V. M. S.S. **Educação em saúde: tecnologias educacionais em foco**. São Caetano do Sul, São Paulo: Difusão Ed., 2011.

_____. TEXEIRA, E.; MEDEIROS, H.P. **Tecnologias cuidativo-educacionais: uma possibilidade para o empoderamento do/a enfermeiro/a**. Porto Alegre: Moriá, 2014.

NOVAES, M. H. A Convivência entre as Gerações e o Contexto Sociocultural. In: PEREIRA, T. S.; PEREIRA, R. C. (Orgs.). **A Ética da convivência familiar e sua efetividade no cotidiano dos tribunais**. Rio de Janeiro: Forense, 2006.

OLIVEIRA, F. M. R. L. et al. Caracterização do trauma em idosos atendidos em Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. **Rev. Rene**, v. 14, n. 5, p. 945-50, 2013.

OLIVEIRA, R. L.; SANTOS, M. E. A. Educação em saúde na estratégia saúde da família: conhecimentos e práticas do enfermeiro. **Rev Enferm Integrada**, v. 4, n. 2, p. 833-44, 2011.

OLIVEIRA, T. S.; MOREIRA, K. F. A.; GONÇALVES, T. A. Assistência de enfermagem com pacientes queimados. **Revista Brasileira de Queimaduras**, v. 11, n. 1, p. 31-7, 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Constituição da Organização Mundial da Saúde. OMS, 1946. Disponível em: <<http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>>. Acesso em: 18 maio 2016.

_____. **Envelhecimento Ativo: uma Política de saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.

_____. **Relatório mundial sobre o envelhecimento**. 2015. Disponível em: <sbgg.org.br/wp-content/uploads/2015/10/oms-envelhecimento-2015-port.pdf>. Acesso em: 14 jul. 2016.

_____. **Vigilância em DCNT e fatores de risco**. OPAS, 2007. Disponível: <http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=572:vigilancia-dcnt-fatores-risco&Itemid=539>. Acesso em: 10 abr. 2016.

PAIM, L. et al. Demarcação histórica da enfermagem na dimensão tecnológica. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 18, n. 3, 2009. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=71411760018>>. Acesso em: 10 abr. 2016.

PAPALÉO, N.: **Urgências em geriatria**. São Paulo: Ed. Atheneu; 2001. p. 323-335.

PARREIRA, J. G. et al. Análise comparativa das características do trauma entre idosos com idade superior e inferior a 80 anos. **Rev. Col. Bras. Cir**, v. 40, n. 4, p. 269-74, 2013.

PEREIRA, G. N. et al. Fatores socioambientais associados à ocorrência de quedas em idosos. **Cien Saúde Colet.**, v. 18, n. 12, p. 3507-3514, 2013.

PHTLS. **Atendimento pré-hospitalar ao traumatizado**: básico e avançado. Comitê de Trauma do National Association of Emergency Medical Technicians. 6. ed. Rio de Janeiro, 2010.

POLARO, S. H. I.; GONÇALVES, L. H. T.; ALVAREZ, A. M.. Enfermeiras desafiando a violência no âmbito de atuação da Estratégia de Saúde da Família. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 22, n. 4, 2013.

POLIT D. F.; BECK C. T. **Fundamentos de Pesquisa em enfermagem**: avaliação de evidências para as práticas da enfermagem. 7. ed. Porto Alegre (RS): Artmed, 2011.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. Avaliação da Mensuração e da qualidade dos dados. In: _____. **Fundamentos de pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. p. 285-306.

RAYMUNDO, V. P. Construção e validação de instrumentos: um desafio para psicolingüística. **Letras de Hoje**, v. 44, n. 3, p. 86-93, 2009. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fale/article/viewFile/5768/4188>>. Acesso em: 10 abr. 2016.

REHN M, P. P.; BLACKHALL K.; LOSSIUS, H. M. Prognostic models for the early care of trauma patients: a systematic review. **Scand J Trauma Resusc Emerg Med.**, v. 19, n. 17, p. 1-8, 2011.

ROCHA, Gisele dos Santos. **Cuidados domiciliares pós neurocirurgia**: Construção e validação de manual para idosos e familiares. 2016. 161f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)– Universidade Federal do Amazonas, Manaus, 2016. Disponível em: <<http://www.tede.ufam.edu.br/bitstream/tede/5470/5/Disserta%c3%a7%c3%a3o%20-%20Gisele%20S.%20Rocha.pdf>>. Acesso em: 12 jan. 2017.

RODRIGUES, A. M. M. Por uma Filosofia da Tecnologia. In: GRINSPUN, M. P. S. Z (Org). **Educação Tecnológica**: desafios e perspectivas. 2. ed. São Paulo (SP): Cortez, 2001.

RODRIGUES, J.; CIOSAK, S. I. Idosos vítimas de trauma: análise de fatores de risco. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 46, n. 6, p. 1400-1405, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342012000600017&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 jan. 2017.

_____. MANTOVANI, M. F.; CIOSAK, S. I. O idoso e trauma: perfil de fatores desencadeantes. **Rev enferm UFPE on line**, Recife, v. 9, n. 3, p. 7071-7, mar., 2015. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/10436>>. Acesso em: 20 ago. 2016.

SALMAZO-SILVA, H. et al. Vulnerabilidade na velhice: definição e intervenções no campo da Gerontologia. **Revista Temática Kairós Gerontologia**, v. 15, n. 6, p. 97-116, 2012.

SAMEER, B; SANJEEV, S. Assessing readability of patient education materials: current role in orthopaedics. **Clin. Orthop. Relt. Res.** v. 468, n. 10, p. 2572-80. 2010.

SAMPIERI, R. H.; COLLADO, C. F.; LUCIO, M. P. B. **Metodologia de Pesquisa**. 5. ed. Porto Alegre: Penso, 2013.

SANTOS, J. S. et al. Identificação dos fatores de riscos de quedas em idosos e sua prevenção. **Revista Equilíbrio Corporal e Saúde**, v. 5, n. 2, 2015.

SERRA, M. C. et al. Queimadura em pacientes da terceira idade: epidemiologia de 2001 a 2010. **Revista Brasileira de Queimaduras**, v. 10, n. 4, p. 111-113, out./dez. 2011. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=750419&indexSearch=ID>>. Acesso em: 29 nov. 2016.

SILVA, F. S. J. et al. A relação entre o envelhecimento populacional e as doenças crônicas não transmissíveis: sério desafio de saúde pública. **Cênc biol. saúde**, v. 2, n. 3, p. 91-100, 2015. Disponível em: <www.periodicos.set.edu.br>. Acesso em: 29 nov. 2016.

SILVA. O. G. Escutando a Surdez: signos e produção de sentidos por adolescentes surdos. Trabalho de conclusão de Curso (Graduação em Psicologia)- Universidade Potiguar –UNP, 2011.

SIMÕES, D. **Semiótica & ensino**: reflexões teórico-metodológicas. Rio de Janeiro: Dialogarts, 2003.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ATENDIMENTO INTEGRADO AO POLITRAUMATIZADO. SBAIT, 2016. Disponível em: <<http://www.sbit.org.br/>>. Acesso em: 10 mar. 2016.

SOUSA, C. S.; TURRINI, R. N. T. Validação de constructo de tecnologia educativa para pacientes mediante aplicação da técnica Delphi. **Acta Paul Enferm.**, v. 25, n. 6, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v25n6/v25n6a26.pdf>>. Acesso em: 27 jul. 2013.

SOUZA, L. M.; WEGNER, W.; GORINI, M. I. P. C. Educação em saúde: uma estratégia de cuidado ao cuidador leigo. **Rev. Latino Am. Enferm.**, v. 15, n. 2, mar./abr. 2007.

SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein**, n. 8, p. 102-6, 2010. Disponível em: <http://apps.einstein.br/revista/arquivos/PDF/1134-Einsteinv8n1_p102-106_port.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2016.

TEIXEIRA, E. et al. Práticas e tecnologias educacionais no cotidiano de enfermeiras da estratégia saúde da família. **Source: Journal of Nursing UFPE**, v. 17, n. 1, p. p6329-6335, nov. 2013.

_____. Tecnologias em Enfermagem: produções e tendências para a educação em saúde com a comunidade. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 12, n. 4, p. 598-600, 2010.

_____. MEDEIROS, H. **Tecnologias Cuidativo educacionais**: possibilidade do emponderamento do enfermeiro. [S.l.: s.n], 2014.

_____. MOTA, V. M. S. S. (Org.). **Educação em saúde**: Tecnologias Educacionais em Foco. Série educação em saúde. São Caetano do Sul (SP): Difusão Editora, v. 2, 2011.

TELES, L. M. R. et al. Construção e validação de manual educativo para acompanhantes durante o trabalho de parto e parto. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 48, n. 6, p. 977-984, 2014.

THUMÉ, E. **Assistência domiciliar a idosos: desempenho dos serviços de atenção básica**. 2010. Tese (Doutorado)- Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, RS, 2010.

VALCARENCHI, et al. Ações institucionais alicerçadas em diagnósticos de enfermagem para prevenção de quedas em idosos. **Rev Rene.**, v. 15, n. 2, p. 224-32, mar./abr. 2014. Disponível em: <http://www.repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/11563/1/2014_art_rvvalcarenghi.pdf> Acesso em 12 nov. 2016.

VERAS, R. P. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Rev Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 43, n.3, p. 548-54. 2009.

Veras R. Prevencao de doencas em idosos: os equivocos dos atuais modelos. **Cad Saude Publica**. 2012;28(10):1834-40.

WAIDMAN, M. A. P.; ELSEEN, I. Família e necessidades: revendo estudos. **Acta Scient Health Sciences**, v. 26, n. 1, p. 147-57, 2004.

WHITAKER, D.C.A. O idoso na contemporaneidade: a necessidade de se educar a sociedade para as exigências desse “novo” ator social, titular de direitos. In.: **Envelhecimento e Poder**. Campinas, SP: Alínea, 2007.

WHITHEMAN, C. et al. Major Trauma and the Elder West Virginian: A Six Year Review at a Level I Trauma Center, **W V Med Journal**. v. 112, n. 3, p. 94–99, 2016. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4926309/>>. Acesso em: 3 jan. 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Preventing injuries and violence: a guide for ministries of health. Geneva: WHO, 2007.

APÊNDICES

APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO – PÚBLICO ALVO



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO PARÁ
UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE MANAUS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE MESTRADO ACADÊMICO**



**TÍTULO DA TECNOLOGIA: EVITE TRAUMAS EM IDOSOS NO DOMICÍLIO: O
CUIDADO EM SUAS MÃOS
QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO – PÚBLICO ALVO**

Data: __/__/__

Nome da TE - Manual: _____

Parte I – Identificação

Pseudônimo: _____

Idade: _____ Gênero: M () F () Escolaridade: _____

Parte II – Instruções

Por gentileza, analise atentamente a cartilha. Em seguida, utilize o questionário marcando um X em um dos números que estão na frente de cada afirmação. Dê a sua opinião de acordo com a valoração que melhor represente seu ponto de vista sobre cada critério abaixo:

Valoração

- | | |
|---------------------------------|----------------------|
| 1- Totalmente adequado | 2- adequado |
| 3- Parcialmente adequado | 4- Inadequado |

Para as opções 3 e 4, justifique a valoração dada no espaço destinado após o item. Não existem respostas corretas ou erradas. O que importa é a sua opinião. Por favor, responda a todos os itens.

1 - OBJETIVOS – Referem-se a propósitos, metas ou fins que se deseja atingir com a utilização da cartilha.

ÍTEM	TA	A	PA	I
1.1)Atende aos objetivos do público-alvo da cartilha.	1	2	3	4
1.2)Ajuda durante o cotidiano do público-alvo da cartilha.	1	2	3	4
1.3)Está adequada para ser usada por qualquer profissional que trabalhe com o público-alvo da cartilha.	1	2	3	4

OBSERVAÇÕES SOBRE O TÓPICO 1

--

2 - ORGANIZAÇÃO – Refere-se à forma de apresentar as orientações.

Isso inclui organização geral, estrutura, estratégia de apresentação, coerência e formatação.

ÍTEM	TA	A	PA	I
2.1) A capa é atraente e indica o conteúdo do material.	1	2	3	4
2.2) O tamanho do título e do conteúdo nos tópicos está adequado.	1	2	3	4
2.3) Os tópicos têm sequência.	1	2	3	4
2.4) Há coerência entre as informações de capa, contracapa, sumário, agradecimentos e apresentação.	1	2	3	4
2.5) O material (papel/impressão) está apropriado.	1	2	3	4
2.6) O número de páginas está adequado.	1	2	3	4
2.7) Os temas retratam aspectos importantes do tema-foco.	1	2	3	4
OBSERVAÇÕES SOBRE O TÓPICO 2				

3 - ESTILO DE ESCRITA – Refere-se às características linguísticas, compreensão estilo da escrita da cartilha.

ÍTEM	TA	A	PA	I
3.1 A escrita está em estilo adequado.	1	2	3	4
3.2 O texto é interessante. O tom é amigável.	1	2	3	4
3.3 O vocabulário é acessível.	1	2	3	4
3.4 Há associação do tema de cada sessão ao texto correspondente.	1	2	3	4
3.5 O texto está claro.	1	2	3	4
3.6 O estilo de redação corresponde ao nível de conhecimento do público-alvo.	1	2	3	4

OBSERVAÇÕES TÓPICO 3

4 - APARÊNCIA – Refere-se as características que avaliam o grau de significação da escrita.

ÍTEM	TA	A	PA	I
------	----	---	----	---

4.1 As páginas ou seções parecem organizadas.	1	2	3	4
4.2 As ilustrações são simples- preferencialmente desenhos.	1	2	3	4
4.3 As ilustrações servem para complementar os textos.	1	2	3	4
4.4 As ilustrações estão expressivas e suficientes.	1	2	3	4

OBSERVAÇÕES DO TÓPICO 4

5 - MOTIVAÇÃO – Refere-se ao grau de significação da cartilha e a capacidade do material de causar impacto, motivação e interesse.

ÍTEM	TA	A	PA	I
5.1 O material é apropriado para o perfil do público-alvo.	1	2	3	4
5.2 Os conteúdos do Manual se apresentam de forma lógica e coerente.	1	2	3	4
5.3 A interação é convidada pelos textos. Sugere ações.	1	2	3	4
5.4 O Manual aborda os assuntos necessários para o dia-a-dia do público-alvo.	1	2	3	4
5.5 Convida/instiga a mudança de comportamento e atitude.	1	2	3	4
5.6 O manual propõe conhecimentos para o público-alvo.	1	2	3	4

OBSERVAÇÕES DO TÓPICO 5

Comentários gerais e sugestões (pode usar o verso da folha)

APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO – JUÍZES ESPECIALISTAS



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO PARÁ
UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE MANAUS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE MESTRADO ACADÊMICO



**TÍTULO DA TECNOLOGIA: EVITE TRAUMAS EM IDOSOS NO DOMICÍLIO: O
 CUIDADO EM SUAS MÃOS**

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO – JUÍZES ESPECIALISTAS

Data: __/__/__

PARTE I: IDENTIFICAÇÃO DO JUIZ-ESPECIALISTA:

Código/Pseudônimo: _____ Idade: ____ Gênero: M () F ().

Área de formação: _____ Tempo de formação: _____

Função/cargo na instituição: _____ Tempo de trabalho: _____

Titulação: Especialista () Mestrado () Doutorado ().

Especificar a área: _____

PARTE II: INSTRUÇÕES

Solicito ao Prezado Senhor a gentileza de proceder a leitura minuciosa e detalhada da Tecnologia Educacional (TE) do tipo cartilha. Em seguida, analise-a segundo os itens do instrumento marcando um X em um dos números que estão na frente de cada afirmação. Dê a sua opinião de acordo com a valoração que melhor represente o grau em cada critério abaixo:

Valoração: 1- Totalmente adequado, 2- Adequado; 3- Parcialmente adequado; 4- Inadequado.

Para as opções 3 e 4, descreva o motivo pelo qual considerou esse item no espaço destinado após o item. Não existem respostas corretas ou erradas. O que importa é a sua opinião. Por gentileza, responda a todos os itens.

IMPORTANTE! NÃO EXISTEM RESPOSTAS CORRETAS OU ERRADAS. O QUE IMPORTA É A SUA OPINIÃO.

1- OBJETIVOS:

Referem-se a propósitos, metas ou fins que se deseja atingir com a utilização da TE.

1.1)As informações/conteúdos são ou estão coerentes com as necessidades cotidianas do público-alvo da TE.	1	2	3	4
1.2)As informações/conteúdos são importantes para a qualidade	1	2	3	4

de vida e /ou o trabalho do público-alvo da TE.				
1.3) Convida e/ou instiga a mudança de comportamento e atitude.	1	2	3	4
1.4) Pode circular no meio científico da área.	1	2	3	4
1.5) Atende aos objetivos de instituições que atendem/trabalham com o público-alvo da TE.	1	2	3	4

OBSERVAÇÕES TÓPICO 1

2-ESTRUTURA E APRESENTAÇÃO:

Refere-se à forma de apresentar as orientações. Isso inclui organização geral, estrutura, estratégia de apresentação, coerência e formatação.

2.1) A TE é apropriada para o público alvo.	1	2	3	4
2.2) As mensagens estão apresentadas de maneira clara e objetiva.	1	2	3	4
2.3) As informações apresentadas estão cientificamente corretas.	1	2	3	4
2.4) Há uma sequência lógica do conteúdo proposto.	1	2	3	4
2.5) As informações estão bem estruturadas em concordância e ortografia.	1	2	3	4
2.6) O estilo da redação corresponde ao nível de conhecimento do público-alvo.	1	2	3	4
2.7) As informações de capa, contracapa, sumário, agradecimentos e apresentação são coerentes.	1	2	3	4
2.8) O tamanho do título e dos tópicos está adequado.	1	2	3	4
2.10) As ilustrações estão expressivas e suficientes.	1	2	3	4
2.11) O material (papel/impressão) está apropriado.	1	2	3	4
2.12) O número de páginas está adequado.	1	2	3	4

OBSERVAÇÕES DO TÓPICO 2

3-RELEVÂNCIA – Referem-se às características que avaliam o grau de significação da TE.

3.1) Os temas retratam aspectos-chaves que devem ser reforçados.	1	2	3	4
3.2) A TE permite generalização e transferência do aprendizado a	1	2	3	4

diferentes contextos.				
3.3)A TE propõe a construção de conhecimentos.	1	2	3	4
3.4)A TE aborda os assuntos necessários para o saber do público-alvo.	1	2	3	4
3.5)A TE está adequada para ser usada por qualquer profissional com o público-alvo.	1	2	3	4

OBSERVAÇÕES DO TÓPICO 3

APÊNDICE C- CARTA CONVITE PARA OS JUÍZES



PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS EM ASSOCIAÇÃO AMPLA COM A UNIVERSIDADE ESTADUAL DO PARÁ



Manaus, ____ de ____ de ____.

Prezado Dr. (a) _____

Eu Alexandre de Souza Vieira, mestrando do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Amazonas (UFAM) em associação ampla com a Universidade de estado do Pará (UEPA), gostaria de convidá-lo(a) a ser um dos Juízes Especialistas no processo de validação quanto ao conteúdo do material educativo que estou produzindo, orientado pela Enfermeira Dra. Ana Paula Pessoa de Oliveira e Co-orientadora Enfermeira Dra. Arinete Vêras Fontes Esteves. Trata-se de um estudo sobre **PRODUÇÃO E VALIDAÇÃO DE TECNOLOGIA EDUCACIONAL SOBRE CUIDADOS NA PREVENÇÃO DE TRAUMAS NA PESSOA IDOSA NO CONTEXTO DOMICILIAR**. Este trabalho tem por objetivo subsidiar ações educativas para a prevenção de traumas em pessoas idosas, sendo uma tecnologia educacional na modalidade de cartilha com informações preventivas fundamentais e de interesse do público – alvo.

Tendo ciência de sua agenda apertada em relação ao tempo, entretanto, em função de sua experiência teórico/prática, seria de suma importância e honroso para mim, sua participação para o engrandecimento deste trabalho, aguardando caso seja seu interesse seu aceite até o dia 10 de Junho de 2017.

Cordialmente,

Alexandre de Souza Vieira.

Autor da pesquisa.

E-mail: professoralexandreufam@yahoo.com.br

Tels: (92) 991182979 (92) 982026070 whatsapp

APÊNDICE D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA OS IDOSOS E FAMILIARES



PODER EXECUTIVO
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO – PESSOAS IDOSAS E FAMILIARES

Prezado Senhor(a) _____
Gostaria de convidá-lo(a) para participar da pesquisa intitulada “Produção e validação de uma Tecnologia Educacional sobre cuidados na prevenção de traumas na pessoa idosa no contexto domiciliar a de tendo como pesquisador responsável Alexandre de Souza, e-mail: professoralexandreufam@yahoo.com.br, Orientadora a Professora Dra. Ana Paula Pessoa de Oliveira, e-mail: enf.pessoa@hotmail.com e co-orientadora Professora Dra Arinete Vêras Esteves Rua Teresina 495, Escola de Enfermagem de Manaus EEM, da Universidade Federal do Amazonas UFAM, tel 33051105 ramal 2002 bairro Adrianópolis, cidade de Manaus-AM, e-mail: arineteveras@bol.com.br. Tendo como objetivo geral: produzir e validar uma tecnologia educacional na modalidade de cartilha sobre cuidados domiciliares na prevenção de traumas na pessoa idosa e objetivos específicos: Identificar as evidências científicas sobre cuidados preventivos aos traumas em pessoas idosas no contexto domiciliar, elencar os cuidados necessários para compor a cartilha de cuidados domiciliares preventivos aos traumas na pessoa idosa e validar a cartilha de cuidados domiciliares preventivos aos traumas na pessoa idosa. A sua participação neste estudo se dará por meio do preenchimento de um questionário com espaço para sugestões e comentários. Os riscos decorrentes de sua participação, caso ocorram são de ordem psicoemocional, sendo este ocasionado pelo possível desconforto em responder o questionário. Caso o (a) Sr. (a) apresente um desses incômodos, será encaminhado para assistência integral gratuita e ressarcimento a danos diretos/indiretos e imediatos/tardios decorrentes da participação no estudo, bem como o ressarcimento financeiro de eventuais despesas com tratamento, alimentação e transporte, extensivo ao seu acompanhante. Sua participação estará contribuindo grandemente para enriquecer o conhecimento científico na área de saúde do idoso, propondo novas tecnologias educativas capazes de promover a qualidade de vida e promoção da saúde das pessoas idosas. Se desistir de continuar participando, tem o direito e a liberdade de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, seja antes ou depois da coleta de dados, independente do motivo e sem nenhum prejuízo a sua pessoa. O (a) Sr (a) não terá nenhuma despesa e também não receberá nenhuma remuneração e qualquer despesa que possa surgir será financiada pelos

pesquisadores. Os resultados da pesquisa serão analisados e publicados, mas sua identidade não será divulgada, sendo guardada em sigilo. Para elucidação de possíveis dúvidas o (a) Sr (a) poderá entrar em contato com o pesquisador do estudo nos seguintes setores no endereço: COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UFAM – CEP UFAM, situado a Rua Teresina, 495, Adrianópolis, Manaus – AM, Telefone 33051181 ramal 2004 e-mail: cep.ufam@gmail.com.

Consentimento Pós-Informação

Eu, _____, fui informado sobre o que o pesquisador quer fazer e porque precisa da minha colaboração, e entendi a explicação. Por isso, eu concordo em participar do projeto, sabendo que não vou ganhar nada e que posso sair quando desejar. Este documento é emitido em duas vias que serão ambas assinadas por mim e pelo pesquisador, ficando uma via com cada um de nós.

Manaus, ____, de _____ de 201__.

Assinatura do participante

Assinatura do pesquisador

APÊNDICE E - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA OS JUÍZES



PODER EXECUTIVO
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

Prezado Senhora):

Gostaria de convidá-lo(a) para participar da pesquisa intitulada de **“Produção e Validação de uma Tecnologia Educacional sobre Cuidados na Prevenção de Traumas na Pessoa Idosa no Contexto Domiciliar”**, tendo como pesquisador responsável Alexandre de Souza Vieira, e-mail: professoralexandreufam@yahoo.com.br, Orientadora a Prof. Dra. Ana Paula Pessoa de Oliveira e-mail: enf.pessoa@hotmail.com e co-orientadora Prof. Dra Arinete Vêras Esteves, e-mail: arineteveras@bol.com.br, Rua Teresina 495, Escola de Enfermagem de Manaus da Universidade Federal do Amazonas EEM/UFAM, fone:33051105, ramal 2002 bairro Adrianópolis, cidade de Manaus, AM, cujo objetivo geral: produzir e validar uma tecnologia educacional na modalidade de cartilha sobre cuidados domiciliares na prevenção de traumas na pessoa idosa e objetivos específicos: Identificar as evidências científicas sobre cuidados preventivos aos traumas em pessoas idosas no contexto domiciliar, elencar os cuidados necessários para compor a cartilha de cuidados domiciliares preventivos aos traumas na pessoa idosa e validar a cartilha de cuidados domiciliares preventivos aos traumas na pessoa idosa. Os riscos decorrentes de sua participação referem-se a exposição em publicações oriundas da pesquisa sendo mantido o devido sigilo. Sua participação é voluntária por meio da avaliação para validação da cartilha, através do preenchimento de um questionário com perguntas fechadas com espaços para sugestões e comentários, a ser realizado no local de sua preferência e de acordo com seu tempo disponível. Sua participação estará contribuindo grandemente para enriquecer o conhecimento científico na área de saúde do idoso, propondo novas tecnologias educativas capazes de promover a qualidade de vida e promoção da saúde das pessoas idosas. Se desistir de continuar participando, tem o direito e a liberdade de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, seja antes ou depois da coleta de dados, independente do motivo e sem nenhum prejuízo a sua pessoa. O (a) Sr (a) não terá nenhuma despesa e também não receberá nenhuma remuneração e qualquer despesa que possa surgir será financiada pelos pesquisadores. Os resultados da pesquisa serão analisados e publicados, mas sua identidade não será divulgada, sendo reservado o sigilo. Para elucidação de possíveis dúvidas o (a) Sr (a) poderá entrar em contato com o pesquisador do estudo nos seguintes setores no endereço: COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UFAM/CEP UFAM, situado a Rua Teresina, 495, Adrianópolis, Manaus- AM, Telefone 33051181 ramal 2004 e-mail: cep.ufam@gmail.com

Consentimento Pós-Informação:

Eu, _____, fui informado sobre o que o pesquisador quer fazer e porque precisa da minha colaboração, e entendi a explicação. Por isso, eu concordo em participar do projeto, sabendo que não vou ganhar nada e que posso me retirar quando desejar. Este

documento é emitido em duas vias que serão ambas assinadas por mim e pelo pesquisador, ficando uma via com cada um de nós.

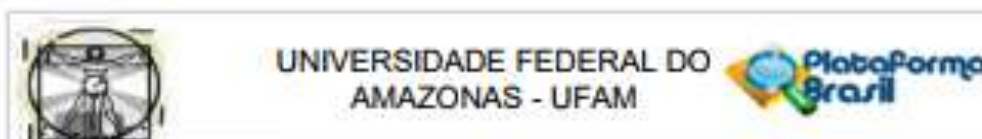
Manaus, ____, de _____ de 2017.

Assinatura do participante

Assinatura do pesquisador
Alexandre de Souza Vieira

Assinatura do orientador
Profa. Dra. Ana Paula Pessoa de Oliveira

ANEXO A - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PRODUÇÃO E VALIDAÇÃO DE TECNOLOGIA EDUCACIONAL SOBRE CUIDADOS NA PREVENÇÃO DE TRAUMAS NA PESSOA IDOSA NO CONTEXTO DOMICILIAR

Pesquisador: ALEXANDRE DE SOUZA VIEIRA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 63499916.8.0000.5020

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem de Manaus

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.889.819

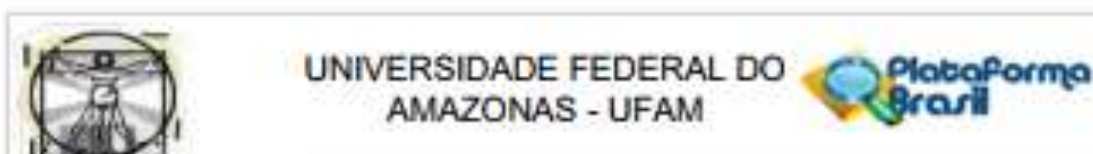
Apresentação do Projeto:

O envelhecimento humano que ocorre no mundo tem proporcionado mudanças no campo social, econômico e da saúde, tornando as pessoas idosas mais ativas e participativas em seu cotidiano, pois a longevidade é um triunfo para os que a alcançam. Contudo, podem tornar-se mais vulneráveis a agravos a saúde como os traumas. Quando vitimadas por este agravo estão sujeitas a complicações clínicas mais graves, necessitando em muitos casos de internação por um longo período de tempo ocasionado pelo comprometimento fisiológico peculiar a idade, por comorbidades

e suas respectivas terapêuticas. Além disso, a mortalidade por trauma em idosos é alta. A ocorrência deste agravo altera a estrutura familiar, pois o enfrentamento dessa nova realidade é complexo. Nesta prerrogativa o enfermeiro é facilitador da aprendizagem, utilizando ferramentas como o uso de tecnologias educativas, voltadas para a prevenção, promoção da saúde. O objetivo deste estudo é construir e validar uma cartilha educativa sobre os cuidados na prevenção do trauma em pessoas idosas no contexto domiciliar. É um estudo de caráter exploratório descritivo constituído de 3 etapas: a primeira etapa é a busca das evidências científicas por meio da Revisão Integrativa da Literatura (RIL), que

utilizará uma abordagem de cunho quantitativo; a segunda etapa é a construção da Tecnologia

Endereço: Rua Tarasina, 4550
 Bairro: Adrianópolis CEP: 66.057-070
 UF: AM Município: MANAUS
 Telefone: (91)3305-5130 Fax: (91)3305-5130 E-mail: cep@ufam.edu.br



Continuação do Projeto: 1.000.019

Educacional (TE), que será realizada com base nos resultados da primeira etapa, associando-os a vivência em atendimento domiciliar ao idoso e a terceira e última etapa se constitui da validação da TE, que utilizará de uma metodologia mista, de abordagem quanti-qualitativa. Espera-se que a cartilha possa efetivamente contribuir para a prevenção de traumas na população idosa no contexto domiciliar, promovendo a manutenção da saúde e consequentemente a qualidade de vida.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Produzir e validar uma tecnologia educativa na modalidade de cartilha sobre cuidados domiciliares na prevenção de traumas na pessoa idosa

Objetivo Secundário:

Identificar as evidências científicas sobre cuidados preventivos aos traumas em pessoas idosas no contexto domiciliar. Elencar os cuidados necessários para compor a cartilha de cuidados domiciliares preventivos aos traumas na pessoa idosa. Validar a cartilha de cuidados domiciliares preventivos aos traumas na pessoa idosa.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os riscos decorrentes da participação nesta pesquisa, caso ocorram, serão de ordem psicoemocional, sendo este ocasionado pelo possível desconforto e/ou constrangimento em responder o questionário. Caso o participante apresente um desses incômodos, será encaminhado para assistência integral gratuita e ressarcimento a danos diretos/indiretos e imediatos decorrentes da participação no estudo além dos que referem-se a exposição em publicações oriundas da pesquisa sendo mantido o devido sigilo.

Benefícios:

Este estudo estará contribuindo grandemente para enriquecer o conhecimento científico na área de saúde do idoso, propondo novas tecnologias educativas capazes de promover a qualidade de vida e promoção da saúde das pessoas idosas.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Metodologia Proposta:

CAMINHO METODOLÓGICO É um estudo de caráter exploratório descritivo constituído de 3 etapas: a primeira etapa é a busca das evidências científicas por meio da Revisão Integrativa da Literatura (RIL), que utilizará uma abordagem de cunho quantitativo; a segunda etapa é a construção da

Endereço: Rua Teresina, 4050
 Bairro: Acriópolis CEP: 69.057-070
 UF: AM Município: MANAUS
 Telefone: (92)3305-5130 Fax: (92)3305-5130 E-mail: ocp@ufam.edu.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
AMAZONAS - UFAM



Continuação do Projeto: 1.889.4/19

Tecnologia Educacional (TE), que será realizada com base nos resultados da primeira etapa, associando-os a vivência em atendimento domiciliar ao idoso e a terceira e última etapa se constitui da validação da TE, que utilizará de uma metodologia mista, de abordagem quanti-qualitativa. 1ª ETAPA: BUSCA DAS EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS – RIL. Esta etapa possui uma metodologia de abordagem quantitativa por meio da realização de

uma Revisão Integrativa da Literatura sobre as evidências científicas, dos estudos referentes aos cuidados preventivos de traumas em pessoas idosas no contexto domiciliar. Estudos baseados em revisão integrativa vêm acompanhando pesquisas desde 1970, oferecendo subsídios para o embasamento científico pela síntese dos assuntos explanados na literatura vigente (JACSON, 1980). A literatura permitirá a identificação pormenorizada sobre a temática, com a finalidade de fundamentar cientificamente o produto em construção, indo de encontro às necessidades de conhecimento sobre o fenômeno estudado, pelo fato de sua elaboração ser alicerçada em um conhecimento já produzido, gerando reflexões sobre a realização de futuras pesquisas mediante os resultados apresentados. A revisão integrativa permite uma ampla compreensão sobre um determinado fenômeno ao reunir diversos assuntos, sendo um importante instrumento para a pesquisa. Neste estudo a revisão integrativa de literatura obedecerá a uma seqüência composta por seis etapas. Primeira etapa: Identificação da problemática, seleção da hipótese e formulação da questão norteadora. Segunda etapa: Seleção da amostra a ser revisada. Terceira etapa: Definição das características dos estudos e seus resultados. Quarta etapa: Análise das informações, dos resultados e ordenação sistemática. Quinta etapa: Discussão e interpretação dos resultados. Sexta etapa: Relatório da revisão integrativa. A seleção dos artigos científicos será fundamentada no seguinte questionamento: Quais as estratégias de prevenção de traumas em pessoas idosas no contexto domiciliar têm sido publicadas cientificamente? Serão incluídos os Artigos científicos originais sobre a temática dos cuidados preventivos de traumas em pessoas idosas no contexto domiciliar nas línguas inglesa, portuguesa, que estejam indexadas nas bases de dados PUBMED, LILLACS e MEDLINE no período delimitado entre os anos de 2011 a 2016. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO DOS ARTIGOS Serão excluídos deste estudo resumo de análs, editoriais, revisões integrativas e artigos de comunicação e relatos de experiência. Para a realização da coleta de dados serão consultados os Descritores em Ciências da saúde (DeCS/MeSH). Em seguida o pesquisador procederá à busca das publicações, respaldada nos critérios de inclusão e exclusão, leitura do título e resumo de todas as publicações encontradas, realizando uma seleção primária das publicações potencialmente elegíveis. Posteriormente será realizado um refinamento das publicações que serão selecionadas por intermédio da leitura na íntegra dos artigos sendo então

Endereço: Rua Teresina, 4050

Bairro: Aclimópolis

CEP: 69.057-070

UF: AM

Município: MANAUS

Telefone: (92)3305-5130

Fax: (92)3305-5130

E-mail: cep@ufam.edu.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
AMAZONAS - UFAM



Continuação do Formulário 1.889/2019

dispostos em um formulário construído pelo pesquisador para para este estudo (APÊNDICE A). 2ª ETAPA: CONSTRUÇÃO DA TECNOLOGIA EDUCATIVA/Neste momento do estudo, o pesquisador agregará os resultados da Revisão Integrativa de Literatura fundamentada no levantamento das evidências científicas, associando estes resultados às vivências em atendimento domiciliar às pessoas idosas e seus familiares adquiridas como integrante da equipe do Programa de Atenção à Saúde do Idoso (PROASI), extensão da Escola de Enfermagem da UFAM que funciona há 14 anos. (Maiores informações vide Projeto de Pesquisa original anexo). Os juizes-especialistas serão selecionados por intermédio de busca realizada na plataforma Latites, seguindo os critérios de "expertises", devendo ter experiência, vivência e grau de conhecimento, reconhecido no assunto-foco proposto. Estes avaliadores serão responsáveis por julgar o conteúdo e a aparência da cartilha educacional. Nesta perspectiva, adotou-se o seguinte quantitativo de juizes especialistas da área de saúde: Oito profissionais (3 médicos geriatras, 1 médico ortopedista, 2 enfermeiros, 1 fisioterapeuta e 1 assistente social) e para os juizes especialistas fora da área de saúde serão o quantitativo de três profissionais (1 designer, 1 pedagogo e 1 comunicador social). A participação dos Juizes Especialistas da área da saúde seguirá os seguintes critérios: titulação de doutor, mestre; especialização em atenção à saúde do idoso, urgência e emergência estar atuando ou já ter atuado na área de ensino; ter trabalhos publicados relacionados à saúde do idoso, educação em saúde ou construção de tecnologias; estar atuando ou já ter atuado na área de urgência e emergência e saúde do idoso. Farão parte deste comitê apenas os juizes cujo perfil preencha pelo menos três ou mais critérios com o escore total mínimo de 5 pontos. (maiores informações no projeto original anexo) Para os juizes que não são da área da saúde deverão preencher dois ou mais critérios de seleção devendo alcançar o escore mínimo de três pontos no escore de seleção, obedecendo às prerrogativas de Pós – graduação lato-sensu, stricto-sensu, trabalhos publicados e orientação de trabalhos científicos. (maiores informações no projeto original anexo) Em relação ao público alvo, estes serão selecionados pelo pesquisador aleatoriamente entre as pessoas idosas e seus familiares que são cadastrados no PROASI. Estes serão responsáveis pelo julgamento da semântica e da inteligibilidade da cartilha. O público-Alvo deste estudo deverá ser constituído por pessoas idosas cadastradas no PROASI há pelo menos um ano, com idade igual ou maior que 60 anos e que residam na área de abrangência do programa. Quanto aos familiares, que também se configuram neste estudo como público-alvo, participarão aqueles que possuem algum idoso cadastrado no PROASI, que estejam residindo com o idoso há pelo menos um ano.

Endereço: Rua Teresina, 4050

Bairro: Adrianópolis

CEP: 66.057-070

UF: AM

Município: MANAUS

Telefone: (92)3305-5130

Fax: (92)3305-5130

E-mail: cep@ufam.edu.br



Continuação do Parecer: 1.889.619

Critério de Exclusão: Serão excluídos os juízes especialistas que solicitarem ajuda de custo; que permanecerem por mais de um mês sem devolver o questionário do estudo e não comunicar o motivo ao pesquisador. Serão excluídas do processo de validação as pessoas idosas que possuam algum comprometimento cognitivo, que o impeçam de participar da análise da Tecnologia Educacional, e responder com clareza ao instrumento. Bem como, aqueles que solicitarem ajuda de custo. Serão excluídos do estudo familiares que apresentem algum problema mental, que o impeçam de participar da análise da Tecnologia Educacional, e responder com clareza ao instrumento, menores de 18 anos bem como aqueles que solicitarem ajuda de custo.

Metodologia de Análise de Dados:

ANÁLISE DOS DADOS COLETADOS NO PROCESSO DE VALIDAÇÃO DA CARTILHA Para a análise da representação comportamental dos juízes especialistas, das pessoas idosas e de seus familiares (público alvo) será utilizado o escore representativo, que corresponderá à média aritmética dos itens analisados: No. 1 (um) será usado quando a avaliação for positiva, ou seja, para as respostas TA ou A (TOTALMENTE ADEQUADO OU ADEQUADO); No. 0 (zero) quando a resposta não for nem positiva ou nem negativa, ou seja, PA (PARCIALMENTE ADEQUADO); No. -1 (menos um) quando a resposta for negativa, ou seja, I (INADEQUADO). Estes itens estão baseados na escala de Likert, que é um instrumento destinado a mensurar o comportamento do comitê julgador frente a avaliação de um constructo, onde o avaliador emitirá um grau de concordância sobre as afirmações propostas (COSTA, 2011). A grande vantagem da escala de Likert é a sua facilidade, que simplifica um avaliador emitir seu grau de concordância sobre uma determinada afirmativa (COSTA, 2011). A validação da TE deste estudo será estabelecida pelo Índice de Validade de Conteúdo (IVC) com equivalência de concordância igual ou superior a 70%. Os dados quantitativos coletados serão tabulados no Microsoft Office Excel 13.0 for Windows, e IBM SPSS (Statistics Professional Edition) for Windows e apresentados sob a forma de quadros e tabelas, enquanto a análise qualitativa será realizada com base nas observações, comentários e sugestões dos avaliadores, por meio da análise descritiva e indutiva das respostas, atribuindo-as significados. As observações, propostas e sugestões estabelecidas pelos dos comitês avaliadores tem a finalidade de estabelecer a adequação do perfil comportamental dos avaliadores, constituindo-se assim após a validação o protótipo 2 da cartilha.

Cronograma de Execução

VALIDAÇÃO DA TECNOLOGIA EDUCACIONAL 01/05/2017 30/06/2017

ANÁLISE DE DADOS 01/06/2017 31/07/2017

DISCUSSÃO DOS DADOS 01/08/2017 31/08/2017

Endereço: Rua Teresina, 4200	CEP: 69.057-070
Bairro: Adrainópolis	
UF: AM	Município: MANAUS
Telefone: (92)3305-5130	Fax: (92)3305-5130 E-mail: cep@ufam.edu.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
AMAZONAS - UFAM



Continuação do Parecer: 1.889.819

RELATÓRIO DE PESQUISA 01/09/2017 30/09/2017

Identificação de Orçamento Tipo Valor em Reais (R\$)

Orçamento Financeiro Total em R\$ R\$ 2.932,50

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O projeto em tela é uma dissertação de Mestrado e contém todos os elementos de um estudo científico: Introdução, Objetivos, Metodologia, Cronograma e Orçamento Financeiro.

TCLEs - Contemplados,

Termos de Anuência - Contemplados,

Riscos e Benefícios - Contemplados

Folha de Rosto - Contemplada e assinada pela Diretora da Escola de Enfermagem Profa. Dra. Nair Chase da Silva.

Recomendações:

Não se Aplica

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do exposto somos pela Aprovação. SMJ

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMACOES_BASICAS_DO_PROJETO_844161.pdf	21/12/2016 18:19:57		Aceito
Outros	INSTRUMENTOAVALIACAOPESSOASDOSASEFAMILIARES.pdf	21/12/2016 18:17:12	ALEXANDRE DE SOUZA VIEIRA	Aceito
Folha de Rosto	FOLHADEROSTODIGITALIZADA.pdf	21/12/2016 18:15:24	ALEXANDRE DE SOUZA VIEIRA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.pdf	20/12/2016 14:18:59	ALEXANDRE DE SOUZA VIEIRA	Aceito
Outros	INSTRUMENTOAVALIACAOPESSOASDOSASEFAMILIARES.pdf	20/12/2016 14:16:31	ALEXANDRE DE SOUZA VIEIRA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	TERMODEANUENCIA.pdf	20/12/2016 14:12:02	ALEXANDRE DE SOUZA VIEIRA	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	20/12/2016 14:10:38	ALEXANDRE DE SOUZA VIEIRA	Aceito
TCLE / Termos de	TCLEPESSOASDOSASEFAMILIARES.	20/12/2016	ALEXANDRE DE	Aceito

Endereço: Rua Teresina, 4002

Bairro: Adlandpolla

CEP: 69.057-070

UF: AM

Município: MANAUS

Telefone: (92)3305-5130

Fax: (92)3305-5130

E-mail: cep@ufam.edu.br

ANEXO B - TERMO DE ANUÊNCIA DO PROASI

PODER EXECUTIVO
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS

**PROGRAMA DE ATENÇÃO A SAÚDE DO IDOSO
(PROASI)****TERMO DE ANUÊNCIA**

Declaro que estou de acordo e autorizo a execução do projeto de pesquisa intitulado "CONSTRUÇÃO DE UMA CARTILHA EDUCATIVA SOBRE OS CUIDADOS NA PREVENÇÃO DE TRAUMAS DE PESSOAS IDOSAS NO CONTEXTO DOMICILIAR", sob a coordenação e a responsabilidade do (a) pesquisador Alexandre de Souza Vieira, orientado pela Professora Dra. Ana Paula Pessoa de Oliveira e Coorientadora Professora Dra. Arinete Vêras Esteves.

Manaus, 25 de novembro de 2016.

Camila Carlos Bezerra

Prof.ª MSc. Camila Carlos Bezerra
COORDENADORA DO PROASI
SIAPE 2275895