



SILOMAR ILHA

**GRUPO DE APOIO NO CONTEXTO DA DOENÇA DE ALZHEIMER EM PESSOAS
IDOSAS/FAMÍLIAS: (GERONTO)TECNOLOGIA CUIDATIVO-EDUCACIONAL
COMPLEXA**

RIO GRANDE

2016

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE (FURG)
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DOUTORADO EM ENFERMAGEM

**GRUPO DE APOIO NO CONTEXTO DA DOENÇA DE ALZHEIMER EM PESSOAS
IDOSAS/FAMÍLIAS: (GERONTO)TECNOLOGIA CUIDATIVO-EDUCACIONAL
COMPLEXA**

SILOMAR ILHA

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande, como requisito para obtenção do título de Doutor em Enfermagem. Área de Concentração: Enfermagem e Saúde. Linha de Pesquisa: Tecnologias de Enfermagem/Saúde a Indivíduos e Grupos Sociais.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Silvana Sidney Costa Santos

RIO GRANDE

2016

Ficha catalográfica

I279g Ilha, Silomar.
Grupo de apoio no contexto da doença de Alzheimer em pessoas idosas/famílias: (geronto)tecnologia cuidativo-educacional complexa / Silomar Ilha. – 2016.
196 f.

Tese (doutorado) – Universidade Federal do Rio Grande – FURG, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Rio Grande/RS, 2016.
Orientadora: Dr^a. Silvana Sidney Costa Santos.

1. Relações familiares 2. Doença de Alzheimer 3. Tecnologia
4. Dinâmica não linear 5. Enfermagem I. Santos, Silvana Sidney Costa II. Título.

CDU 616-083

SILOMAR ILHA

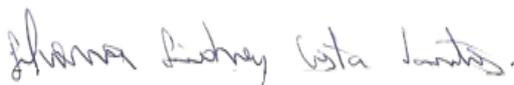
**GRUPO DE APOIO NO CONTEXTO DA DOENÇA DE ALZHEIMER EM PESSOAS
IDOSAS/FAMÍLIAS: (GERONTO)TECNOLOGIA CUIDATIVO-EDUCACIONAL
COMPLEXA**

Esta tese foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção do Título de Doutor em Enfermagem em 06/12/2016 atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal do Rio Grande, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração Enfermagem e Saúde.

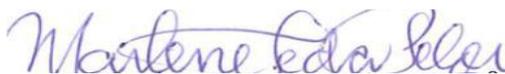


Dr^a Mara Regina Santos da Silva
Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (FURG)

BANCA EXAMINADORA



Dr^a Silvana Sidney Costa Santos (Presidente)



Dr^a Marlene Teda Pelzer (Membro efetivo interno - FURG)



Dr^a Edaiane Joana Lima Barros (Membro efetivo externo - FURG)



Dr^a Dirce Stein Backes (Membro efetivo externo - UNIFRA)



Dr^a Adriane Maria Netto de Oliveira (Membro suplente interno - FURG)



Dr^a Regina Gema Santini Costenaro (Membro suplente externo- UNIFRA)

Dedico este trabalho

Às pessoas que formaram e sustentam a base de tudo o que sou. Meus Pais, Antonio e Vera Ilha, meus irmãos Jocemar e Sidiomar Ilha, e minha avó materna, Cely de Lima Ilha [pessoa idosa com doença de Alzheimer].

A todos os participantes do AMICA, pelos e com os quais este trabalho se efetivou: docentes e discentes dos cursos das áreas da saúde/humanas e familiares cuidadores das pessoas idosas com a doença de Alzheimer. Foi com vocês, por vocês, por nós que desenvolvi este estudo!

A todas as pessoas idosas e familiares/cuidadores que convivem com a doença de Alzheimer.

Agradecimento

*C*hega a hora de agradecer e expressar meu carinho por pessoas que fazem parte desta história, e me auxiliaram na realização deste sonho...etapa tão importante de minha vida!

A Deus, pelas oportunidades que me foram concedidas, por sempre me guiar e iluminar pelo caminho do bem!

Aos meus pais, Antonio e Vera Ilha, que, mesmo sem ter a oportunidade de estudar, sempre souberam a importância da formação na vida do ser humano. Vocês são minha eterna fonte de simplicidade, honestidade, inspiração, dedicação e exemplo, bem como de incentivo ao estudo e trabalho!

A minha avó materna Cely de Lima Ilha, diagnosticada com a doença de Alzheimer durante o meu processo de doutoramento. Mesmo com os malabarismos da vida, sempre demonstrou sua força e coragem, carinhosa com todos, especialmente com os netos. Obrigado por todo o cuidado dispensado, por acreditar, torcer e me incentivar!

Aos meus irmãos Jocemar e Sidiomar Ilha, minhas fontes de inspiração constante na vida acadêmica e exemplo de simplicidade e trabalho. Obrigado por acreditarem em mim e sempre me incentivarem na busca dos meus ideais!

A minha cunhada Tatiane Riella, obrigado pelos momentos de diálogo, escuta e trocas, saibas que és importante na minha trajetória!

Ao Centro Universitário Franciscano e a todos os colegas de trabalho dessa excelente instituição, especialmente a *Dr^a Claudia Zamberla* e a *Dr^a Dirce Stein Backes* minhas incentivadoras e orientadoras de Trabalho Final de Graduação/UNIFRA e de Dissertação de Mestrado/FURG. Obrigado amizade, pelas trocas e construção de conhecimento!

A minha orientadora, Prof^a Dr^a Silvana Sidney Costa Santos, exemplo de gerontóloga, por acreditar em meu potencial, me instigar à busca constante do conhecimento...Obrigado por respeitar as minhas escolhas, o meu tempo de produção e estar disponível quando necessitei de sua colaboração.

Aos membros do Grupo de Pesquisa Empreendedorismo Social na Enfermagem e Saúde– GEPESSES/UNIFRA e Grupo de Estudo e Pesquisa em Gerontogeriatrics; Enfermagem/Saúde e Educação *GEP-GERON/FURG*, pela acolhida e inúmeras discussões, ensinamentos que sempre me instigaram à construção do conhecimento!

Aos membros do Projeto de Extensão: Assistência Multidisciplinar Integrada aos Cuidadores de Pessoas com a Doença de Alzheimer – AMICA, pela convivência, ensinamentos,

discussões e construção coletiva do conhecimento acerca da temática do envelhecimento e da Doença de Alzheimer!

Aos participantes da minha pesquisa, familiares/cuidadores de pessoas idosas com a doença de Alzheimer; Docentes e Discentes dos cursos da área da saúde/humanas que participam do projeto AMICA. Obrigado pelas trocas de saberes e construção do conhecimento. Todos vocês são indiretamente coautores desta construção!

Aos membros da banca de qualificação e de defesa da tese, Profa. Dr^a Marlene Teda Pelzer, Profa. Dr^a Dirce Stein Backes, Profa. Dr^a Daiane Porto Gautério-Abreu, Profa. Dr^a Claudia Zamberlan, Dr^a Edaiane Joana Lima Barros, Profa. Dr^a Adriane Maria Netto de Oliveira e Profa. Dr^a Regina Gema Santini Costenaro. Obrigado pela disponibilidade e contribuições!

Aos professores e funcionários do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande (FURG), pelos ensinamentos e convivência. Especialmente as Professoras Dr^a Marlene Teda Pelzer e Dr^a Silvana Sidney Costa Santos, meus exemplos de Enfermeiras Gerontólogas e fontes de inspiração. A amiga, Profa. Dr^a Daiane Porto Gautério-Abreu, obrigado pelos inúmeros momentos de escuta, aconselhamento e parceria!

Aos colegas de Doutorado, obrigado pela convivência, partilha, troca de conhecimento e por alegrarem os meus dias na cidade de Rio Grande e na FURG!

Aos amigos Matheus Viero Dias, Glaucia Dal Omo Nicola, André Santana Araújo, Camila Daiane Silva, Tânia Cristina Vasques e Andréia Martins do Couto obrigado por tornarem meus dias melhores! Meu irmão de coração Felipe Rosa da Silva, pela amizade sincera, apoio, incentivo ao longo da minha vida! Aos amigos de longa data Gleison Barbosa... Obrigado pela amizade sincera, apoio e pelas inúmeras traduções português-inglês em artigos, resumos e demais trabalhos; Claudio Ayres Peres, Leandro Ayres Peres, Maurício Trindade e Bruno Monteiro pela confiança, incentivo e amizade sincera ao longo dos anos. À amiga Denise Volpatto, por aceitar participar como membro observação desta pesquisa.

A Profa Dr^a Elisabeta Albertina Nietzsche, grande amiga e apoiadora em toda a minha trajetória acadêmica, meu exemplo de profissional e de pesquisadora na área das tecnologias cuidativo-educacionais aplicadas à Enfermagem/saúde

As minhas grandes amigas Larissa Gomes Bonilha e Rosiane Filipin Rangel, obrigado pela amizade, escuta e torcida sincera; vocês alimentam os meus dias com os sentimentos mais genuínos e verdadeiros.

Ao Valmor Scott Júnior, obrigado pelo apoio, cumplicidade, companheirismo e inúmeros momentos de escuta, leitura e análise da tese junto a mim... A você, o meu respeito e carinho!

Por fim, meu muito obrigado a todas as pessoas que de alguma forma participaram deste momento tão especial em minha vida!!!

No esquecimento...

*No esquecimento deixo ficar
Amontoados de ilusões
Que um dia, fui capaz de sonhar...*

*No esquecimento deixo viver
Os pesadelos que me assustaram
E os quais nunca mais quero viver.*

*No esquecimento ficam as lembranças
De algo que me escapou
E que me fez perder a esperança.*

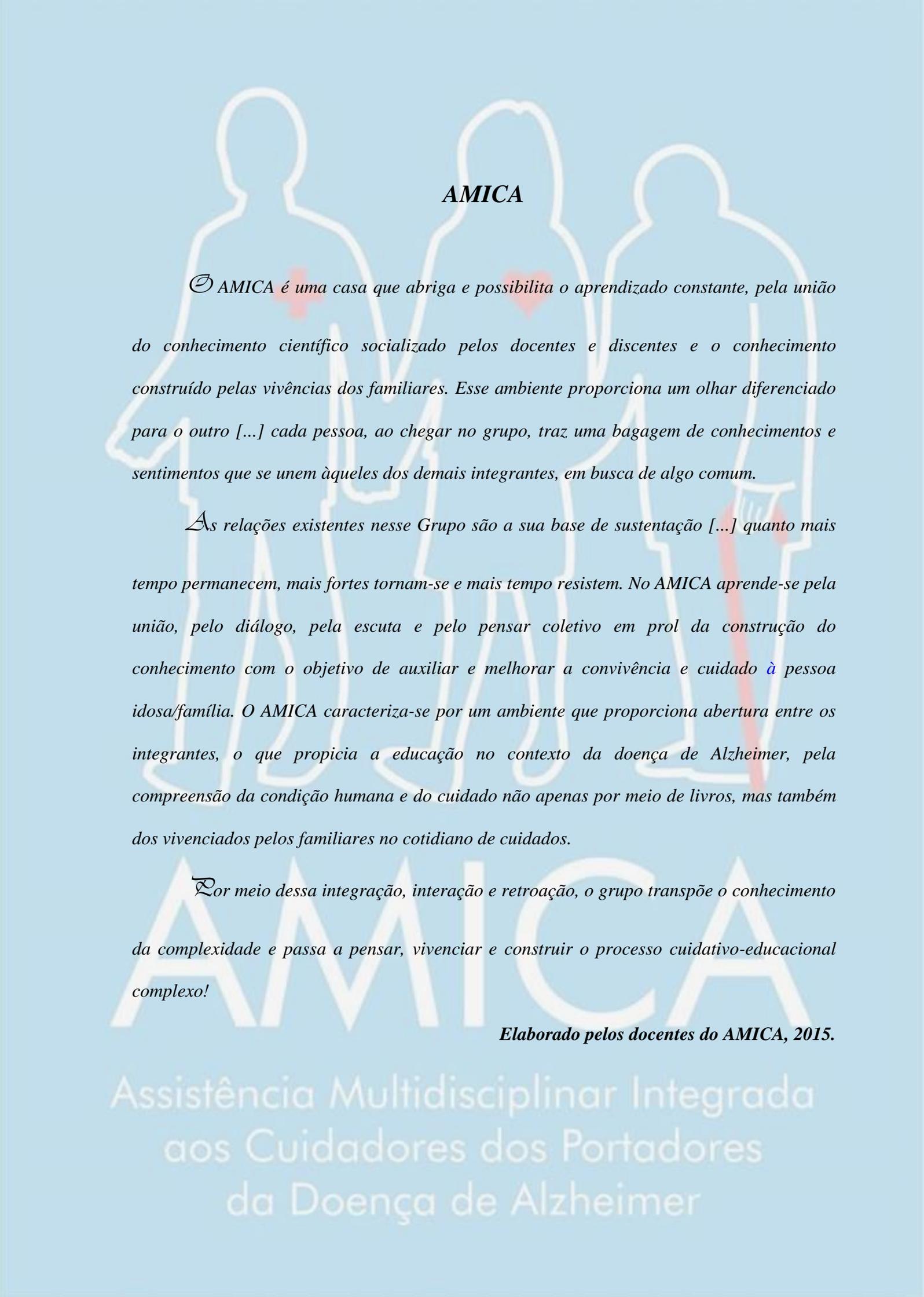
*No esquecimento estão sentimentos que senti
Que um dia me preencheram
E que são a prova de algo que já vivi.*

*No esquecimento mantenho a minha energia
Deixando o cansaço tomar conta de mim
De uma forma que às vezes quase me asfixia.*

*No esquecimento esqueço-me de esquecer
Que não preciso do que me faz mal
E que me impede de viver...*

*No esquecimento quero estas palavras mais tarde deitar
Em sinal de uma mudança
Que certamente irei encontrar*

João Filipe Ferreira, “No Esquecimento” (2008).



AMICA

AMICA é uma casa que abriga e possibilita o aprendizado constante, pela união do conhecimento científico socializado pelos docentes e discentes e o conhecimento construído pelas vivências dos familiares. Esse ambiente proporciona um olhar diferenciado para o outro [...] cada pessoa, ao chegar no grupo, traz uma bagagem de conhecimentos e sentimentos que se unem àqueles dos demais integrantes, em busca de algo comum.

As relações existentes nesse Grupo são a sua base de sustentação [...] quanto mais tempo permanecem, mais fortes tornam-se e mais tempo resistem. No AMICA aprende-se pela união, pelo diálogo, pela escuta e pelo pensar coletivo em prol da construção do conhecimento com o objetivo de auxiliar e melhorar a convivência e cuidado à pessoa idosa/família. O AMICA caracteriza-se por um ambiente que proporciona abertura entre os integrantes, o que propicia a educação no contexto da doença de Alzheimer, pela compreensão da condição humana e do cuidado não apenas por meio de livros, mas também dos vivenciados pelos familiares no cotidiano de cuidados.

Por meio dessa integração, interação e retroação, o grupo transpõe o conhecimento da complexidade e passa a pensar, vivenciar e construir o processo cuidativo-educacional complexo!

Elaborado pelos docentes do AMICA, 2015.

Assistência Multidisciplinar Integrada
aos Cuidadores dos Portadores
da Doença de Alzheimer

RESUMO

ILHA, Silomar. Grupo de apoio no contexto da doença de Alzheimer em pessoas idosas/famílias: (geronto)tecnologia cuidativo-educacional complexa. 2016.196.f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande, Brasil.

Este estudo teve por objetivo geral: Compreender o Grupo de Assistência Multidisciplinar Integrada aos Cuidadores de Pessoas com a Doença de Alzheimer como uma (geronto)tecnologia cuidativo-educacional complexa para familiares/cuidadores, docentes e discentes dos cursos das áreas da saúde e humanas, geradora de novas (geronto)tecnologias de cuidado à pessoa idosa/família. Foram objetivos específicos: Conhecer a compreensão dos docentes e discentes dos cursos das áreas da saúde e humanas acerca do Grupo como uma (geronto)tecnologia cuidativo-educacional no contexto da doença de Alzheimer e de apoio à pessoa idosa/família; Descrever as contribuições do Grupo como (geronto)tecnologia cuidativo-educacional no contexto da doença de Alzheimer em pessoas idosas, na perspectiva de familiares/cuidadores; Identificar, propostas de (geronto)tecnologias desenvolvidas/empregadas pelos familiares/cuidadores como estratégias de cuidado complexo à pessoa idosa/família com doença de Alzheimer. Pesquisa exploratória, descritiva, qualitativa, que utilizou a Complexidade de Edgar Morin. Os dados foram coletados de novembro de 2015 a abril de 2016, por meio da triangulação das técnicas de Grupo Focal, entrevista semiestruturada e observação participante, com 13 familiares/cuidadores de pessoas idosas com a doença de Alzheimer; sete docentes e nove discentes dos cursos das áreas da saúde/humanas participantes do Grupo, de uma Instituição de Ensino Superior do Rio Grande do Sul, totalizando 29 participantes. A análise ocorreu com base na Análise Textual Discursiva. Dos encontros com os docentes emergiram seis categorias e oito subcategorias. Dos encontros com os discentes resultaram quatro categorias e seis subcategorias. Os docentes e discentes defenderam que o Grupo produz e utiliza-se de (geronto)tecnologias e que a união, troca de conhecimentos docente/discente/familiares/cuidadores, além da construção, (des)construção e (re)construção contínuas, instigam os participantes a buscarem novas formas e estratégias com vistas a melhorar o cuidado à pessoa idosa com DA/família. Das entrevistas com os familiares/cuidadores, resultaram duas categorias e 14 subcategorias. Os familiares/cuidadores referiram como contribuições do Grupo a educação e o cuidado dos familiares/cuidadores de pessoas idosas com DA; a educação para o cuidado e para o futuro com a pessoa idosa com DA; a troca, socialização e construção do conhecimento por meio dos diversos saberes existentes no Grupo. Para eles o Grupo contribui como (geronto)tecnologia de cuidado e de educação para o cuidado, ao mesmo tempo, uma vez que nele são construídos conhecimentos que, aplicados na prática, melhoram o cuidado à pessoa idosa com DA. São apresentadas novas (geronto)tecnologias cuidativo-educacionais, construídas pelos integrantes do Grupo. Foram considerados os aspectos éticos que envolvem a pesquisa com seres humanos no Brasil. Esta pesquisa poderá contribuir na ampliação e na compreensão a respeito do Grupo de apoio como uma (geronto)tecnologia cuidativo-educacional complexa, o que o fortalece para o desenvolvimento de novas tecnologias auxiliando os familiares/cuidadores no processo de cuidado da pessoa idosa com a doença de Alzheimer.

Descritores: Idoso. Relações familiares. Doença de Alzheimer. Tecnologia. Dinâmica Não Linear. Enfermagem.

ABSTRACT

ILHA, Silomar. Support group in the context of Alzheimer's disease in elderly people/families: complex educational and care-related (geronto) technology. 2016. 196pp. Thesis (Doctorate in Nursing) – Nursing School. Graduate Nursing Program, Federal University of Rio Grande, Rio Grande, Brazil.

The general objective of this study was to: To understand the Integrated Multidisciplinary Care Group for Caregivers of People with Alzheimer's Disease as a complex educational and care-related (geronto) technology for relatives/caregivers, teachers and students of the courses of the fields of health and human sciences that may generate new (geronto) technologies of care for the elderly person/family. The specific objectives were: To know the understanding of the teachers and students of the courses of the fields of health and human sciences about the Group as an educational and care-related (geronto) technology in the context of Alzheimer's disease and a means of support for the elderly person/family; To describe the contributions of the Group as an educational and care-related (geronto) technology in the context of Alzheimer's disease in elderly people, based on the perspective of relatives/caregivers; To identify proposals of (geronto) technologies developed/applied by relatives/caregivers as complex care strategies for the elderly person/family with Alzheimer's disease. This is an exploratory, descriptive and qualitative research that used the Edgar Morin's Complexity. Data were collected from November 2015 to April 2016, through the triangulation of the techniques of Focal Group, semi-structured interview and participant observation, with 13 relatives/caregivers of elderly people with Alzheimer's disease; seven teachers and nine students of the courses of the fields of health/human sciences who took part in the Group and came from a Higher Education Institution of Rio Grande do Sul, totaling 29 participants. The analysis was conducted on the basis of Discursive Textual Analysis. The meetings with the teachers gave rise to six categories and eight subcategories. The meetings with the students resulted in four categories and six subcategories. The teachers and students claimed that the Group produces and uses (geronto) technologies and that the union and the exchange of knowledge among teacher/ student/relatives/caregivers, besides the continuous construction, (de) construction and (re) construction, induce the participants to search for new ways and strategies for improving the care for the elderly person with AD/family. The interviews with the relatives/caregivers resulted in two categories and 14 subcategories. As for the contributions of the Group, the relatives/caregivers cited the education and the care of relatives/caregivers of elderly people with AD; the education for the care and for the future with the elderly person with AD; the exchange, socialization and construction of knowledge by means of the various skills existing in the Group. According to them, the Group contributes as a (geronto) technology of care and education for the care simultaneously, since it constructs knowledge that, applied in practice, improve the care for the elderly person with AD. New educational and care-related (geronto) technologies constructed by the Group's members are introduced. The ethical aspects involved in research with human beings in Brazil were considered. This research may contribute to the amplification and understanding of the support Group as a complex educational and care-related (geronto) technology, which strengthens it for the development of new technologies, thereby helping relatives/caregivers during the process related to the health care of the elderly person with the Alzheimer's disease.

Descriptors: Elderly. Family relations. Alzheimer's Disease. Technology. Nonlinear Dynamics. Nursing.

RESUMEN

ILHA, Silomar. Grupo de apoyo en el contexto de la enfermedad de Alzheimer en personas ancianas/familias: (geronto) tecnología cuidativa-educativa compleja. 2016. 196h. Tesis (Doctorado en Enfermería) – Escuela de Enfermería. Programa de Postgrado en Enfermería, Universidad Federal de Rio Grande, Rio Grande, Brasil.

El objetivo general de este estudio fue: Comprender el Grupo de Asistencia Multidisciplinaria Integrada para los Cuidadores de Personas con Enfermedad de Alzheimer como una (geronto) tecnología cuidativa-educativa compleja para familiares/cuidadores, profesores y estudiantes de los cursos de las áreas de salud y humanas que genera nuevas (geronto) tecnologías de atención a la persona anciana/familia. Los objetivos específicos fueron: Conocer la comprensión de los profesores y estudiantes de los cursos de las áreas de salud y humanas sobre el Grupo como una (geronto) tecnología cuidativa-educativa en el contexto de la enfermedad de Alzheimer y de apoyo a la persona anciana/familia; Describir las contribuciones del Grupo como una (geronto) tecnología cuidativa-educativa en el contexto de la enfermedad de Alzheimer en las personas ancianas, desde la perspectiva de familiares/cuidadores; Identificar propuestas de (geronto) tecnologías desarrolladas/empleadas por los familiares/cuidadores como estrategias complejas de atención a la persona anciana/familia con enfermedad de Alzheimer. Investigación exploratoria, descriptiva y cualitativa que utilizó la Complejidad de Edgar Morin. Los datos fueron recopilados entre noviembre de 2015 y abril de 2016, mediante la triangulación de las técnicas de Grupo Focal, entrevista semiestructurada y observación participante, con 13 familiares/cuidadores de personas ancianas con enfermedad de Alzheimer; siete profesores y nueve estudiantes de los cursos de las áreas de salud/humanas que participaban en el Grupo y que eran procedentes de una Institución de Enseñanza Superior de Rio Grande do Sul, totalizando 29 participantes. El análisis se basó en el Análisis Textual Discursivo. Las reuniones con los profesores dieron origen a seis categorías y ocho subcategorías. Las reuniones con los estudiantes resultaron en cuatro categorías y seis subcategorías. Los profesores y estudiantes argumentaron que el Grupo produce y hace uso de (geronto) tecnologías y que la unión y el intercambio de conocimientos entre profesor/estudiante/familiares/cuidadores, además de la construcción, (de) construcción y (re) construcción continua, animan a los participantes a buscar nuevas formas y estrategias con miras a mejorar la atención a la persona anciana con EA/familia. Las entrevistas con los familiares/cuidadores resultaron en dos categorías y 14 subcategorías. Los familiares/cuidadores citaron como contribuciones del Grupo la educación y la atención de los familiares/cuidadores de personas ancianas con EA; la educación para la atención y para el futuro con la persona anciana con EA; el intercambio, la socialización y la construcción del conocimiento por medio de las diversas competencias existentes dentro del Grupo. Para ellos, el Grupo contribuye como una (geronto) tecnología de atención y de educación para la atención de forma simultánea, ya que construye conocimientos que, aplicados en la práctica, son capaces de mejorar la atención a la persona anciana con EA. Se presentan nuevas (geronto) tecnologías cuidativas-educativas construidas por los miembros del Grupo. Se consideraron los aspectos éticos que involucran la investigación con seres humanos en Brasil. Esta investigación podrá contribuir a la ampliación y comprensión sobre el Grupo de apoyo como una (geronto) tecnología cuidativa-educativa compleja, lo que fortalece el dicho grupo para el desarrollo de nuevas tecnologías y ayuda a los familiares/cuidadores en el proceso de atención de la persona anciana con la enfermedad de Alzheimer.

Descriptor: Anciano. Relaciones familiares. Enfermedad de Alzheimer. Tecnología. Dinámica No Lineal. Enfermería.

LISTA DE ABREVEATURAS

ABRAz	Associação Brasileira de Alzheimer
AMICA	Assistência Multidisciplinar Integral aos Cuidadores dos Portadores da doença de Alzheimer
CEPAS	Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde
CNPq	Conselho Nacional de Pesquisa
CT	Tomografia Computadorizada
DA	Doença de Alzheimer
DC	Diário de campo
DCL	Demência por Corpos de Lewy
DCNT	Doença Crônica não Transmissível
DCNTs	Doenças Crônicas não Transmissíveis
DFT	Demência Fronto-Temporal
ERF	Enfermeiro recém-formado
FURG	Universidade Federal do Rio Grande
GAM	Grupo de Ajuda Mútua
GEP-GERON	Grupo de Estudo e Pesquisa em Gerontogeriatrics, Enfermagem/Saúde e Educação
GF	Grupo Focal
GFs	Grupos Focais
IES	Instituição de Ensino Superior
OP	Observação participante
OPs	Observações participantes
QV	Qualidade de Vida
RM	Ressonância Magnética
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TFG	Trabalho Final de Graduação

LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Modelo teórico da pesquisa	62
Figura 2- Representação esquemática das técnicas de coleta de dados	66
Figura 3- Estrutura complexa referente à Síntese do 1º Encontro do Grupo Focal com os docentes	70
Figura 4- Estrutura complexa referente à Síntese do 2º Encontro do Grupo Focal com os docentes	71
Figura 5- Estrutura complexa referente à Síntese do 1º Encontro do Grupo Focal com os discentes	73
Figura 6- Estrutura complexa referente à Síntese do 2º Encontro do Grupo Focal com os discentes	74
Figura 7 – Categorias emergente dos GFs dos docentes	79
Figura 8 – Terceira categoria emergente dos GFs dos docentes e suas respectivas subcategorias	83
Figura 9 – Quarta categoria emergente dos GFs dos docentes e suas respectivas subcategorias	86
Figura 10 - Quinta categoria emergente dos GFs dos docentes e suas respectivas subcategorias	89
Figura 11 - Categorias emergentes dos GFs dos discentes	94
Figura 12- Segunda categoria emergente dos GFs dos discentes e suas respectivas subcategorias	96
Figura 13- Terceira categoria emergente dos GFs dos discentes e suas respectivas subcategorias	100
Figura 14- Primeira categoria emergente das entrevistas com os familiares/cuidadores e suas respectivas subcategorias	104
Figura 15- Segunda categoria emergente das entrevistas com os familiares/cuidadores e suas respectivas subcategorias	110

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Síntese da programação dos encontros dos Grupos Focais	68
Quadro 2 - Síntese das (geronto)tecnologias empregadas/sugeridas pelos familiares/cuidadores no cotidiano de cuidados à pessoa idosa com doença de Alzheimer	123
Quadro 3 - Apresentação dos títulos e objetivos dos artigos	125

LISTA DOS REGISTROS FOTOGRÁFICOS

Foto 1- Crachá de identificação e orientação - (geronto)tecnologia de cuidado para situações em que a pessoa idosa se perder	112
Foto 2- Calendário do banho – (geronto)tecnologia de cuidado para facilitar o aceite da pessoa idosa para a higiene corporal	114
Foto 3- Caixa com espaços separados por turno, manhã, meio-dia e noite (geronto)tecnologia de cuidado para separar as caixas de medicações por turno	116
Foto 4- Dispositivos [vidrinhos] como (geronto)tecnologia de cuidado para separar as medicações por dias da semana e horário/turno	117
Foto 5- Cartelas de medicação com dias de administração dos comprimidos identificados com caneta permanente	118
Foto 6- <i>Folder</i> e manual construídos no AMICA como (geronto)tecnologias cuidativo-educacionais para orientação dos cuidados à pessoa idosa com DA	120
Foto 7- Barras de apoio como (geronto)tecnologia de cuidado e prevenção das quedas em pessoas idosas com DA	121
Foto 8- Livro denominado “relatório diário” como (geronto)tecnologia de controle dos cuidados da pessoa idosa com DA	122

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	20
1 DOENÇA DE ALZHEIMER E AS (GERONTO)TECNOLOGIAS: O FENÔMENO E SUA COMPLEXIDADE	23
1.1 OBJETIVOS	30
1.2 Objetivo geral	30
1.3 Objetivos específicos	30
2 REFERENCIAL TEÓRICO: DE UM PENSAMENTO DISJUNTIVO A UM PENSAMENTO COMPLEXO	31
2.1 A DOENÇA DE ALZHEIMER E A COMPLEXIDADE DE EDGAR MORIN...	31
2.2 CUIDADO DE ENFERMAGEM/SAÚDE COMPLEXO E (GERONTO)TEC- NOLÓGICO	44
2.3 GRUPO AMICA: (GERONTO)TECNOLOGIA CUIDATIVO- EDUCACIONAL COMPLEXA.....	52
2.4 MODELO TEÓRICO DA PESQUISA	62
3 (INTER)RELAÇÃO DA COMPLEXIDADE AO PERCURSO METODOLÓGICO	63
3.1 TIPO DE ESTUDO	63
3.2 LOCAL DO ESTUDO	64
3.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO	65
3.4 COLETA DE DADOS	66
3.4.1 Descrição dos encontros	68
3.5 ANÁLISE DOS DADOS	75
3.6 ASPECTOS ÉTICOS	76
4.DA DESORDEM À TEMPESTADE DE LUZ...	79
4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS DOCENTES DOS CURSOS DAS ÁREAS DA SAÚDE/HUMANAS	79
4.2 (GERONTO)TECNOLOGIA NA COMPREENSÃO DOS DOCENTES DOS CURSOS DAS ÁREAS DA SAÚDE/HUMANAS	80
4.3 AMICA: TECNOLOGIA OU GERONTOTECNOLOGIA?	81

4.4 FERRAMENTAS CONSTITUTIVAS DE (GERONTO)TECNOLOGIAS NO AMICA	82
4.4.1 União – ferramenta constitutiva das tecnologias: conhecimento e cuidado	83
4.4.2 Troca de conhecimento: ferramenta constitutiva de tecnologias	84
4.4.3 (Des/Re)Construção: ferramenta cuidativo-educacional tecnológica	85
4.5 (GERONTO)TECNOLOGIAS CONSTITUTIVAS DO AMICA	85
4.5.1 Acolhimento: (Geronto)Tecnologia cuidativo-educacional complexa	86
4.5.2 Escuta: (Geronto)Tecnologia cuidativo-educacional complexa	87
4.5.3 Conhecimento: (Geronto)Tecnologia cuidativo-educacional complexa	88
4.6 AMICA E COMPLEXIDADE: DESDOBRAMENTOS MULTI-INTER-TRANS-META-DISCIPLINARES	88
4.6.1 Multi-inter-trans-meta-disciplinaridade no AMICA: percepções	89
4.6.2 Multi-inter-trans-meta-disciplinaridade no AMICA: contribuições	90
4.7 AMICA: AMBIENTE GERADOR DE NOVAS (GERONTO)TECNOLOGIAS DE CUIDADOS	92
4.8 CARACTERIZAÇÃO DOS DISCENTES DOS CURSOS DAS ÁREAS DA SAÚDE/HUMANAS	94
4.9 COMPREENSÃO DO AMICA COMO (GERONTO)TECNOLOGIA	95
4.10 CARACTERÍSTICAS DO AMICA COMO (GERONTO)TECNOLOGIA COMPLEXA	96
4.10.1 (Inter)Relação entre o aspecto cuidativo e o aspecto educacional	97
4.10.2 (Inter)Relação entre o conhecimento docente-discente-familiar/cuidador	98
4.10.3 (Inter)Relação da dimensão multi-inter-trans-meta-disciplinar	99
4.11 CONTRIBUIÇÕES DO AMICA COMO (GERONTO)TECNOLOGIA CUIDATIVO-EDUCACIONAL COMPLEXA	100
4.11.1 Processo cuidativo-educacional complexo: interação interdisciplinar	101
4.11.2 Processo cuidativo-educacional complexo: aprendizagem e conhecimento	101
4.11.3 Processo cuidativo-educacional complexo: acolhimento	102
4.12 AMICA COMO (GERONTO)TECNOLOGIA GERADORA DE NOVAS (GERONTO)TECNOLOGIAS: conhecimento e cuidado	102
4.13 CARACTERIZAÇÃO DOS FAMILIARES/CUIDADORES DE PESSOAS IDOSAS COM DA	103

4.14	AMICA COMO (GERONTO)TECNOLOGIA CUIDATIVO-EDUCACIONAL COMPLEXA: Contribuições	104
4.14.1	Educação e cuidado dos familiares/cuidadores de pessoas idosas	105
4.14.2	Educação para o cuidado da pessoa idosa a partir das vivências no AMICA ...	107
4.14.3	Educação e preparo para o futuro com a pessoa idosa com DA	107
4.14.4	Troca, socialização e construção de conhecimento	109
4.15	(GERONTO)TECNOLOGIAS EMPREGADAS/SUGERIDAS PELOS FAMILIARES/CUIDADORES NO CUIDADO À PESSOA IDOSA COM DA	110
4.15.1	(Geronto)Tecnologias relacionadas ao esquecimento da própria casa	111
4.15.2	(Geronto)Tecnologias relacionadas ao esquecimento do caminho de casa	112
4.15.3	(Geronto)Tecnologias relacionadas à não aceitação ao banho	113
4.15.4	(Geronto)Tecnologia relacionada com a alimentação	114
4.15.5	(Geronto)Tecnologias relacionadas com a repetição e irritabilidade	115
4.15.6	(Geronto)Tecnologias relacionadas com a medicação	115
4.15.7	(Geronto)Tecnologias relacionadas com o dinheiro	119
4.15.8	(Geronto)Tecnologias relacionadas ao desconhecimento/estigmatização da DA	119
4.15.9	(Geronto)Tecnologias relacionadas ao risco de quedas	121
4.15.10	(Geronto)Tecnologias relacionadas com o controle dos cuidados	121
5	PARA ILUMINAR OS FENÔMENOS INVESTIGADOS...	125
5.1	Artigo 1	126
5.2	Artigo 2	145
5.3	Artigo 3	159
6	EM BUSCA DE NOVAS TEMPESTADES DE LUZ...	175
7	REFERÊNCIAS	178
	APÊNDICES	189
	ANEXO	196

APRESENTAÇÃO

Esta tese apresenta a seguinte estrutura: Doença de Alzheimer e as (geronto)tecnologias: o fenômeno e sua complexidade; Referencial teórico: de um pensamento disjuntivo a um pensamento complexo; (Inter)relação da complexidade ao percurso metodológico; Da desordem à tempestade de luz...; Para iluminar os fenômenos investigados...; Em busca de novas tempestades de luz...

No primeiro capítulo, *Doença de Alzheimer e as (geronto)tecnologias: o fenômeno e sua complexidade*, se introduz a temática da gerontogeriatría com um breve histórico do panorama geral do envelhecimento no Brasil, que demanda desafios políticos, econômicos, sociais e culturais importantes e complexos; contextualizam-se as Doenças Crônicas Não Transmissíveis, destacando a doença de Alzheimer como a mais prevalente em pessoas idosas. Apresentam-se estimativas importantes do número de pessoas acometidas por essa doença a nível mundial, nos contextos americano e brasileiro e explicam-se as características da doença de Alzheimer, a partir das três fases que a compõem.

Contextualiza-se a família no cuidado à pessoa idosa com DA; apresentam-se o grupo de apoio: Assistência Multidisciplinar Integrada aos Cuidadores de Pessoas com a doença de Alzheimer, os conceitos de tecnologia e gerontotecnologias encontrados na literatura, bem como os descritos por Morin acerca da complexidade e dos conceitos de multi-inter-transmeta-disciplinaridade, dos quais faz-se uma derivação, para a construção e apresentação de um conceito próprio de (geronto)tecnologia cuidadoso-educacional complexa. Apresentam-se, ainda, a justificativa, a tese e os objetivos do estudo.

No segundo capítulo, *Referencial teórico: de um pensamento disjuntivo a um pensamento complexo*, possibilitam-se um olhar ampliado para o processo de cuidado à pessoa idosa com DA e seus familiares/cuidadores, como um fenômeno complexo e multidimensional; a compreensão do cuidado de enfermagem/saúde complexo e gerontotecnológico à pessoa idosa com a doença de Alzheimer, bem como a compreensão do AMICA, como uma (geronto)tecnologia cuidadoso-educacional complexa. Por fim, apresenta-se o modelo teórico da pesquisa.

No terceiro capítulo, *(Inter)relação da complexidade ao percurso metodológico*, explora-se detalhadamente a metodologia utilizada para este estudo, destacando-se o método, como ferramenta multidimensional, e busca-se conhecer o AMICA como uma

(geronto)tecnologia cuidativo-educacional, sob o olhar do referencial da Complexidade de Edgar Morin, que guiou o pesquisador e os pesquisados a refletirem sobre novas formas de articular as incertezas e desordens para as novas maneiras de (re)criar os métodos para a compreensão do fenômeno, contextualizando as singularidades com a complexidade do real. Para tanto, apresentam-se, em detalhes, o tipo, local e participantes do estudo, a coleta de dados por meio da triangulação das técnicas de Grupo Focal, entrevistas semiestruturadas e observação participante; descrevem-se, em detalhes, cada um dos encontros do GF, a análise dos dados e os aspectos éticos da pesquisa.

No quarto capítulo, *Da desordem à tempestade de luz...*, são apresentados os resultados obtidos: caracterização dos participantes da pesquisa; a compreensão dos mesmos acerca do AMICA como uma (geronto)tecnologia complexa e suas contribuições; discorre-se sobre as ferramentas constitutivas de (geronto)tecnologias e sobre as (geronto)tecnologias constitutivas do AMICA; os desdobramentos multi-inter-trans-meta-disciplinares presentes no grupo; o AMICA como um ambiente gerador de novas (geronto)tecnologias de cuidado, bem como as (geronto)tecnologias empregadas/sugeridas pelos familiares/cuidadores no cuidado à pessoa idosa com DA. Por fim, apresenta-se um quadro com a síntese das principais (geronto)tecnologias na forma de produto e de processo, conhecimento e/ou estratégia.

No quinto capítulo, *Para iluminar os fenômenos investigados...*, apresentam-se três artigos científicos, o primeiro intitulado “(Geronto)tecnologia cuidativo-educacional na doença de Alzheimer e no apoio ao idoso/família: perspectiva dos docentes/discentes”. É abordada a compreensão dos docentes e discentes acerca do AMICA como uma “(Geronto)tecnologia cuidativo-educacional. Esse artigo foi formatado segundo as normas da Revista da Escola de Enfermagem Anna Nery.

O segundo artigo, intitulado “(Geronto)tecnologia cuidativo-educacional para pessoas idosas/famílias com a doença de Alzheimer: perspectiva dos familiares/cuidadores”, apresenta as contribuições do AMICA como uma (Geronto)tecnologia cuidativo-educacional e de apoio a pessoas idosas/famílias. Foi elaborado segundo as normas da Revista Brasileira de Enfermagem.

O terceiro artigo, intitulado “(Geronto)tecnologias utilizadas pelos familiares/cuidadores de idosos com doença de Alzheimer: contribuição ao cuidado complexo”, refere-se à identificação e apresentação das (geronto)tecnologias na forma de produto e de processo/conhecimento/estratégias, empregadas/sugeridas pelos

familiares/cuidadores no cotidiano de cuidados à pessoa idosa com a DA. Foi elaborado segundo as normas da Revista Texto & Contexto Enfermagem.

No sexto capítulo, *Em busca de novas tempestades de luz...*, discorre-se sobre algumas considerações da pesquisa, como o alcance dos objetivos, confirmação da tese, limitações da pesquisa, pontos positivos, breve apresentação dos resultados e, por fim, as contribuições da pesquisa para a atuação assistencial/clínica dos profissionais de enfermagem/saúde junto às pessoas e famílias que vivenciam a DA; na docência, junto às disciplinas relacionadas à gerontologia e geriatria; e para auxiliar os familiares/cuidadores de pessoas idosas com DA no dia a dia de cuidados.

1 DOENÇA DE ALZHEIMER E AS (GERONTO)TECNOLOGIAS: O FENÔMENO E SUA COMPLEXIDADE

“A compreensão humana nos chega quando sentimos e concebemos os humanos como sujeitos; ela nos torna abertos a seus sofrimentos e alegrias” (MORIN, 2010a, p.51).

O crescente aumento da população de pessoas idosas, no Brasil e no mundo, é uma realidade e representa desafios políticos, econômicos, sociais e culturais importantes e complexos, diante das novas demandas dessa faixa populacional (FHON et al., 2012; FERNÁNDEZ-LANSAC et al., 2012; GAIOLE; FUREGATO; SANTOS, 2012). No Brasil, as pessoas com 60 anos e mais representavam aproximadamente 10,8% de toda a população em 2010 e, espera-se que em 2050 esse número aumente para 22%, aproximadamente 64 milhões, classificando o Brasil como o sexto país do mundo com maior número de pessoas idosas (IBGE, 2011).

Este fenômeno de mudança na estrutura etária da população, denominado como transição demográfica, deve-se à redução da mortalidade geral e em especial da mortalidade infantil; à diminuição das taxas de fecundidade e ao aumento das taxas de sobrevivência ou expectativa de vida (CAMARANO; KANSO, 2011; CARVALHO; ESCOBAR, 2015). Embora o processo de envelhecimento humano não represente viver com doença, à medida que as pessoas envelhecem, tornam-se mais susceptíveis a agravos de toda ordem, especialmente os decorrentes das doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs), responsáveis por danos às habilidades físicas, redução da qualidade de vida (QV) e sofrimento emocional tanto da pessoa idosa como de seus cuidadores (TALMELLI; VALE; GRATÃO et al., 2013).

Dentre as DCNTs, encontram-se as demências que, embora não sejam um componente natural do envelhecimento, têm um aumento de prevalência com a idade. As demências conduzem o ser humano ao comprometimento progressivo e irreversível da capacidade cognitiva e funcional (BEKHET, 2013). Possuem natureza crônica e progressiva, comprometendo várias funções cerebrais, incluindo memória, raciocínio, orientação, compreensão, cálculo, capacidade de aprendizagem, linguagem e julgamento. Os déficits das funções cognitivas são geralmente acompanhados e, por vezes, precedidos de uma deterioração do controle emocional, do comportamento social ou da motivação (MACHADO et al., 2011; GURIAN et al., 2012).

No contexto das demências, destaca-se a doença de Alzheimer (DA), como a mais prevalente entre as pessoas idosas, responsável por 60% a 70% dos casos desta enfermidade

(FARLOW, 2010; WHO, 2012). Estima-se que o número de pessoas com a DA ultrapasse 15 milhões em todo o mundo. Nos Estados Unidos da América, existem 5.4 milhões de pessoas com essa doença, destas, 5.2 milhões são maiores de 65 anos. A cada 68 segundos um americano é diagnosticado com a DA e estimativas indicam que no ano de 2050 este intervalo diminuirá para 33 segundos (ALZHEIMER'S ASSOCIATION, 2012).

O Brasil não possui precisão em suas estatísticas, porém, a Associação Brasileira de Alzheimer (ABRAZ) e o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) estimam que cerca de 1,2 milhão de pessoas sejam acometidas pela DA, embora a maioria dessas ainda não possua o diagnóstico (ABRAZ, 2012; IBGE, 2011). Esses índices, somados aos danos ocasionados e às demandas de investimento público, colocam a DA, juntamente com outros tipos de DCNTs, como um importante problema de saúde pública (SCHMIDT et al., 2011).

A DA caracteriza-se como degenerativa, irreversível e se instala de forma insidiosa, causando declínio progressivo das funções cognitivas, ligadas à percepção, à aprendizagem, à memória, ao raciocínio, funcionamento psicomotor e ao aparecimento de quadros neuropsiquiátricos com diversas manifestações graves (SEIMA; LENARDT, 2011; LENARDT et al., 2011). Esta doença está dividida em três fases: inicial ou leve, intermediária ou moderada, e avançada (GAIOLÉ; FUREGATO; SANTOS, 2012). Cada fase exige cuidados específicos que aumentam em frequência e intensidade conforme a evolução da doença, o que conduz à necessidade de cuidados constantes, na maioria das vezes, realizados por familiares no domicílio (GAIOLI; FUREGATO; SANTOS, 2012; ILHA; BACKES, 2014; SEIMA; LENARDT; CALDAS, 2014; CARVALHO; ESCOBAR, 2015).

Neste processo de cuidado diário, os familiares vivenciam desordens geradas pela doença em seu entorno familiar, que conduzem a família a constantes organizações em sua estrutura de funcionamento com vistas à manutenção do convívio e cuidado à pessoa idosa. Essa organização implica no desenvolvimento de processos relacionais diferenciados e adaptados para (con)viver com essa doença, a qual gera, por vezes, sentimentos de desordem, medo, insegurança e perdas graduais (CASSOLA et al., 2014).

Nessa perspectiva, a organização pode ser vista como dinâmica interativa e associativa entre indivíduos/sujeitos que constituem o sistema (MORIN, 2010b). Nesse caso, mais especificamente, pelos familiares cuidadores de pessoas idosas com DA. A interdependência entre estes define uma relação de compromisso com normas, valores e objetivos comuns, ou seja, para proporcionar o melhor cuidado à pessoa idosa com DA, produzindo e mantendo a singularidade e a identidade das pessoas envolvidas direta ou indiretamente no processo de cuidar.

Compreende-se organização como (re)organização permanente de um sistema complexo, pelas suas interações, as quais tendem a um contínuo desorganizar. Dessa forma, fazem-se necessárias a organização e a reorganização contínuas e permanentes deste sistema (MORIN, 2010b) que, neste estudo, é formado pela pessoa idosa e seus familiares/cuidadores. Tal realidade vivenciada pelos familiares/cuidadores remete à necessidade de os profissionais de saúde, em especial os enfermeiros, buscarem, constantemente, alternativas capazes de contribuir na dinâmica cuidativa do sistema familiar.

Destacam-se, nesse contexto, as tecnologias de cuidado que vêm sendo adotadas pelos enfermeiros. Dentre os conceitos utilizados por enfermeiros e outros profissionais da saúde, foi eleito o que conceitua as tecnologias como um conjunto de processos construídos a partir da experiência prática e de pesquisa, para o desenvolvimento de conhecimentos que permitam elaborar, planejar, construir e manter bens materiais, simbólicos e serviços com uma finalidade prática específica. A finalidade das tecnologias é gerar conhecimentos a serem socializados; dominar processos e produtos e transformar sua utilização empírica em científica (NIETSCHE, 2000).

A tecnologia pode ser compreendida, ainda, como conhecimentos e habilidades associadas com o uso e aplicação dos recursos e objetos que os enfermeiros usam para avaliar e realizar o cuidado. A mesma se manifesta, dentro de um sistema em que as pessoas reúnem-se com o objetivo principal de maximizar as relações de auto-organização (BARNARD, 2002). Segundo a Portaria 2.510/GM de 19 de dezembro de 2005, podem ser consideradas tecnologias em saúde tanto as medicações e equipamentos de maneira geral, quanto os sistemas organizacionais, educacionais, de informações/suportes, e os programas e protocolos assistenciais, que auxiliem nos cuidados com a saúde da população (BRASIL, 2005).

No que se refere às tecnologias voltadas para as pessoas idosas, é possível evidenciar o termo “gerontotecnologia educacional” no cuidado de enfermagem, compreendido a partir de um conjunto de ferramentas que podem ser constantemente desenvolvidas e especializadas para auxiliar os profissionais no cuidado à saúde dessas pessoas (HAMMERSCHIMIDT, 2011).

O enfermeiro é o profissional responsável pela liderança e sistematização do processo de cuidado às pessoas nos diferentes cenários em que estas se encontram. No entanto, um único profissional não consegue desenvolver o cuidado de forma ampliada e condizente com as necessidades individuais/coletivas. Para que as condutas profissionais contemplem de maneira singular e multidimensional a complexidade do cuidado à pessoa idosa com a DA e de seus familiares, é imprescindível a ligação/religação dos diversos saberes profissionais

(ILHA et al., 2015).

Dessa forma, emerge a interdisciplinaridade, que incita à necessidade da religação dos saberes, com vistas a permitir a relação da parte com o todo e vice-versa (MORIN, 2010a). Sob o enfoque da complexidade é necessário que o Enfermeiro interaja com os demais profissionais da área de saúde e com os familiares/cuidadores das pessoas idosas com DA, a fim de estabelecer uma rede de relações e interações, de modo que os familiares possam se (re)organizar para o convívio e cuidado da pessoa. Considera-se relevante, ainda, que os enfermeiros e outros profissionais da saúde, em seus processos de formação, sejam sensibilizados com vistas a uma atuação que valorize a família como unidade complexa, isto é, que não se reduz à soma da suas partes (ILHA et al., 2015).

A multidisciplinaridade e interdisciplinaridade, na perspectiva do pensamento complexo, aspiram ao conhecimento multidimensional e, ao mesmo tempo, reconhecem a sua incompletude e incerteza (MORIN, 2010a). Torna-se necessária, nesse contexto, a articulação com o todo, isto é, dos diversos profissionais e estudantes em sintonia com o sistema e com os cuidadores em prol de um conhecimento complexo, contribuindo na idealização e planejamento de novos modelos (re)organizacionais para qualificar o cuidado de enfermagem e a assistência à saúde tanto das pessoas idosas com DA, quanto de seus familiares, pela troca e cooperação contínua.

O cuidado, como um fenômeno complexo, necessita, cada vez mais, articular os diferentes aspectos que têm sido ameaçados pelo reducionismo mecanicista que desassocia a parte do todo e vice-versa (BACKES et al., 2011). Vislumbra-se, assim, a transdisciplinaridade como um saber ampliado e complexo, em que diferentes áreas do saber formam juntas, independente das disciplinas, um conhecimento comum, ou seja, trata-se de esquemas cognitivos que ultrapassam as disciplinas isoladas (MORIN, 2010a).

A multi-inter-transdisciplinaridade são importantes no contexto educacional, profissional e de formação dos futuros profissionais, especialmente os da área da saúde/Enfermagem. Considera-se, dessa forma, que, por meio da religação dos diversos saberes, torna-se possível uma aproximação maior de um determinado objeto de estudo e de trabalho, possibilitando uma atuação mais efetiva junto aos seres humanos envolvidos no processo (SANTOS et al., 2007).

No entanto, compreendendo as limitações ainda evidenciadas na atuação multi-inter-trans-disciplinar, propõe-se a interligação dos termos “meta”, que significa ultrapassar e conservar, e “disciplina”, o conceito de “metadisciplinar”, que possui a capacidade de ultrapassar e ao mesmo tempo conservar o conhecimento das várias disciplinas, por ser necessário que esta seja ao mesmo tempo, aberta e fechada (MORIN, 2010a).

Percebendo a realidade vivenciada por esses familiares e a importância de uma atuação integrada no contexto da Gerontologia, alguns profissionais e instituições de saúde/ensino têm investido esforços no cuidado e orientação aos mesmos, com a criação de grupos de apoio a familiares/cuidadores de pessoas idosas com a DA (PELZER, 2005; SANTOS; PELZER; RODRIGUES, 2007; ILHA et al., 2012). Nesses grupos, profissionais de uma ou mais disciplinas das áreas da saúde e humanas reúnem-se com os familiares/cuidadores fornecendo-lhes orientações sobre a doença e de cuidado ampliado e contextualizado, tanto à pessoa idosa como para o seu autocuidado (ILHA et al., 2012).

Nesta perspectiva, apresenta-se o grupo “Assistência Multidisciplinar Integrada aos Cuidadores dos Portadores da Doença de Alzheimer (AMICA)”, que objetiva desenvolver assistência ampla aos cuidadores, debatendo assuntos do cotidiano relacionados à DA, por meio da construção do conhecimento entre os familiares/cuidadores, os docentes e os discentes dos cursos da área da saúde, quais sejam: Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Nutrição, Odontologia, Psicologia e Terapia Ocupacional (ILHA et al., 2012; ILHA et al., 2015).

O grupo em questão caracteriza-se como um ambiente de construção de saberes, educação e de cuidado no contexto da DA, por meio das múltiplas relações, interações e retroações existentes entre os docentes e os discentes de diferentes cursos da área da saúde e dos familiares/cuidadores das pessoas idosas com DA. O ambiente pode ser compreendido como algo essencial da existência humana, definido como a entidade que existe externamente à pessoa ou à humanidade, concebida como todo ou como a união dos elementos distintos. Dentre os ambientes possíveis, salienta-se o ambiente social, que diz respeito às comunicações e interações entre os seres humanos e os grupos deles (KIM, 1992).

Por sua característica, pensa-se no ambiente do grupo AMICA como uma tecnologia cuidativo-educacional, pois o mesmo facilita o processo de ensino-aprendizagem acerca da DA aos docentes, discentes e familiares/cuidadores, proporcionando o desenvolvimento de habilidades, sendo mediador de conhecimentos para o cuidado, nesse caso, da pessoa idosa com DA. Além disso, tal tecnologia possui a capacidade de construir novas gerontotecnologias de cuidado à pessoa idosa/família.

A gerontotecnologia emergiu da união entre “Gerontologia” e “tecnologia”. Pode ser compreendida como o desenvolvimento de produtos, ambientes e serviços com tecnologia apropriada e adaptada para melhorar o cotidiano das pessoas idosas, proporcionando um envelhecimento com qualidade (NERY, 2005). Apresenta-se, também, como tecnologias contributivas para o cuidado à saúde da pessoa idosa, levando em consideração seu processo

de envelhecimento e seu processo saúde/doença, promovendo o seu cuidado, sua corresponsabilidade e sua coparticipação (BARROS et al., 2012).

Embora seja importante a contribuição dos diferentes conceitos descritos acerca de tecnologias na Enfermagem/Saúde, para este estudo, no entanto, optou-se por utilizar um conceito próprio para tecnologias direcionadas às pessoas idosas/famílias. Defende-se que tal conceito traduz de forma complexa a prática nos diferentes contextos em que o enfermeiro atua de forma inter-relacionada com os demais profissionais e as pessoas às quais se direciona a tecnologia, o que para o referencial da complexidade, utilizado nesta tese, se faz necessário.

Derivado dos termos e conceitos de “gerontologia–tecnologia–complexidade” apresenta-se uma conceituação própria de (geronto)tecnologia complexa, construída para ser utilizada nesta pesquisa, como sendo: *“todo o produto, processo, estratégia, serviço e/ou conhecimento, com a finalidade cuidativo-educacional da pessoa idosa e de seus familiares, fruto de uma construção/vivência coletiva complexa, que valorize as relações, interações e retroações dos envolvidos, por meio do conhecimento inter-multi-trans-meta-disciplinar”*.

Os questionamentos e as inquietudes em relação à temática em pauta foram oriundos da vivência acadêmica e profissional junto a um grupo de apoio a familiares/cuidadores de pessoas com DA. Essa vivência possibilitou a compreensão complexa da realidade vivenciada pelas famílias que cuidam de um familiar idoso com a DA, e a busca por estratégias ampliadas de cuidado, capazes de visualizar a família como uma unidade complexa que não se reduz à soma de suas partes (ILHA et al., 2013; ILHA et al., 2014). Dessa forma, buscou-se promover a compreensão do grupo como uma (geronto)tecnologia cuidativo-educacional complexa no contexto da DA em pessoas idosas/família, justificando a necessidade e relevância deste estudo.

Com base no exposto, emergem as **questões norteadoras**:

Qual a compreensão dos docentes e discentes dos cursos das áreas da saúde e humanas acerca do AMICA como uma (geronto)tecnologia cuidativo-educacional complexa no contexto da doença de Alzheimer e de apoio à pessoa idosa/família?

Qual a contribuição do AMICA como (geronto)tecnologia cuidativo-educacional complexa no contexto da doença de Alzheimer em pessoas idosas, na perspectiva de familiares/cuidadores?

Que (geronto)tecnologias de cuidado complexo são desenvolvidas no AMICA e empregadas pelos familiares/cuidadores no cuidado às pessoas idosas/famílias com a doença de Alzheimer?

Este estudo justifica-se pela compreensão de que as questões ligadas à DA, saúde da pessoa idosa, família e tecnologias são de grande importância no contexto das políticas públicas, as quais são destacadas pelo Ministério da Saúde como prioridade de pesquisa, no Brasil (BRASIL, 2008). Justifica-se, ainda, pela vivência do pesquisador no Grupo de Estudo e Pesquisa em Gerontogeriatrics, Enfermagem/Saúde e Educação (GEP-GERON), da Universidade Federal do Rio Grande, Conselho Nacional de Pesquisa (FURG/CNPq), que vem desenvolvendo estudos sobre pessoas idosas desde 2004. Entre os temas de pesquisa desenvolvidos no GEP-GERON, encontra-se a Gerontotecnologia, trabalhado em uma dissertação de mestrado (BARROS, 2007), duas teses de doutorado (HAMMERSCHMIDT, 2011; BARROS, 2012) e em artigos indexados em periódicos científicos (BARROS; SANTOS; ERDMANN, 2008; BARROS et al., 2012; BARROS et al., 2014).

A realidade vivenciada pelos familiares/cuidadores de pessoas idosas com DA remete à necessidade de ampliar e discutir o processo de cuidado sob novos referenciais, elegendo-se, dessa forma, a Complexidade, preconizada por Edgar Morin, já utilizada no GEP-GERON, como fio condutor. A Complexidade se caracteriza como referencial teórico e metodológico que possibilita pensar os conceitos, sem considerá-los concluídos, e compreender a circularidade da ordem e da desordem, do uno e do diverso, da estabilidade e da mudança, a partir da singularidade e das possíveis interações, relações e associações (MORIN, 2010b).

Dessa forma, permite planejar ações complexas em prol de um cuidado integral e condizente com as necessidades individuais das partes, entendidas neste estudo como a pessoa idosa com a DA e seu familiar cuidador, e do todo, ou seja, da família, como unidade complexa e sua rede de relações e interações.

Alicerçado no contexto, tem-se como **TESE:**

O grupo AMICA caracteriza-se como uma (geronto)tecnologia cuidadoso-educacional complexa para familiares/cuidadores, docentes e discentes dos cursos das áreas da saúde e humanas, geradora de novas (geronto)tecnologias de cuidado à pessoa idosa/família, no contexto sócio-ambiental.

1.1 OBJETIVOS

1.2 Objetivo geral

- Compreender o grupo AMICA como uma (geronto)tecnologia cuidativo-educacional complexa para familiares/cuidadores, docentes e discentes dos cursos das áreas da saúde e humanas, geradora de novas gerontotecnologias de cuidado à pessoa idosa/família.

1.3 Objetivos específicos

- Conhecer a compreensão dos docentes e discentes dos cursos das áreas da saúde e humanas acerca do AMICA como uma (geronto)tecnologia cuidativo-educacional complexa no contexto da doença de Alzheimer e de apoio à pessoa idosa/família;
- Descrever as contribuições do AMICA como (geronto)tecnologia cuidativo-educacional complexa no contexto da doença de Alzheimer em pessoas idosas, na perspectiva de familiares/cuidadores;
- Identificar (geronto)tecnologias desenvolvidas/empregadas pelos familiares/cuidadores como estratégias de cuidado complexo à pessoa idosa/família com doença de Alzheimer.

2 REFERENCIAL TEÓRICO: DE UM PENSAMENTO DISJUNTIVO A UM PENSAMENTO COMPLEXO

“É preciso substituir um pensamento que isola e separa por um pensamento que distingue e une [...] um pensamento disjuntivo e redutor, por um pensamento do complexo, no sentido originário do termo ‘complexus’: o que é tecido junto” (MORIN, 2010a, p.89).

Neste capítulo, possibilita-se um olhar ampliado para o processo de cuidado à pessoa idosa com DA e seus familiares/cuidadores, como fenômeno complexo e multidimensional; a compreensão do cuidado de Enfermagem/Saúde complexo e gerontotecnológico à pessoa idosa com a DA; e apresentar o grupo AMICA, buscando a sua apreensão como uma (geronto)tecnologia cuidativo-educacional complexa. Esse processo dar-se-á pela apresentação de quatro subcapítulos: A doença de Alzheimer e a Complexidade de Edgar Morin; Cuidado de Enfermagem/Saúde complexo e (geronto)tecnológico; Grupo AMICA: (geronto)tecnologia cuidativo-educacional complexa; e, pela apresentação do modelo teórico da pesquisa.

2.1 A DOENÇA DE ALZHEIMER E A COMPLEXIDADE DE EDGAR MORIN

Assim como a DA é dificilmente entendida, pela sua característica neurodegenerativa, sem terapêutica efetiva, a noção de complexidade é também de difícil conceituação (ILHA, 2013). A palavra “complexidade” lembra problema e não solução. Nesse sentido, o pensamento complexo aspira ao conhecimento multidimensional, visto que o conhecimento completo é impossível. Comporta o reconhecimento de um princípio de incompletude e de incerteza, mas traz também “o reconhecimento dos elos entre as entidades que o pensamento deve necessariamente distinguir, mas não isolar uma das outras” (MORIN, 2008, p.9).

A complexidade permanece com uma noção ampla, que guarda a incapacidade de definir e de determinar. Necessita-se, para tanto, reconhecer os traços que constituem o complexo, que contém, além de diversidade, desordem e aleatoriedade. Comporta suas leis, sua ordem, sua organização. O desafio é, sobretudo, “transformar o conhecimento da complexidade em pensamento da complexidade” (MORIN, 2010b, p.8).

Assim, torna-se necessário compreender que a complexidade surge da incerteza e da incompletude do homem, que se confronta de todos os lados com as incertezas e desordens, as

quais são capazes de possibilitar uma nova ordem. É fundamental que este aprenda a enfrentar a incerteza e a desordem, uma vez que se vive em uma época de mudanças, porém, em um processo em que tudo está ligado e interligado (MORIN, 2011a).

Na tentativa de possibilitar um olhar ampliado para o processo de cuidado à pessoa idosa com DA e seus familiares/cuidadores, como fenômeno complexo e multidimensional, faz-se necessária uma teorização sobre a caracterização da doença de Alzheimer; a Complexidade e o seu idealizador, Edgar Morin; bem como sobre a doença de Alzheimer na pessoa idosa/família e a complexidade: ordem, desordem e (re)organização.

A DA foi abordada, pela primeira vez, no ano de 1906, pelo médico psiquiatra e neuropatologista alemão Alois Alzheimer, que publicou o caso de uma mulher que apresentou problemas de demência aos 51 anos. Após o falecimento da mesma, aos 56 anos, Alois Alzheimer analisou o seu cérebro, observando lesões e diversos lugares atrofiados com placas e fibras retorcidas. No entanto, foi Kraepelin, amigo e colega de Alzheimer, que, na oitava edição de seu Lehrbuch, em 1910, criou o termo “doença de Alzheimer” (LEIBING, 1999).

Após o estudo do tecido cerebral, o médico concluiu que as alterações não eram a causa de uma doença, mas sim resposta ao envelhecimento cerebral. Essa conclusão, somada à morte de Alois Alzheimer, em 1915, com apenas 51 anos, fez com que a doença fosse pouco refletida nos anos posteriores, e as pesquisas acerca da temática entraram em período de latência (BAUER, 1994).

A DA foi confundida com a doença senil pelo fato de ambas terem as mesmas características, porém, a doença senil era apresentada por pessoas idosas e a DA estava sendo encontrada em adultos jovens, os quais não sofriam de demência, sendo denominada como “doença pré-senil”. Como o interesse na velhice ainda era pequeno, os investimentos nos estudos sobre essa doença só ocorreram pelo fato de a mesma estar surgindo em pessoas jovens. Então, em 1974, foram reunidos os termos “doença pré-senil” e “senil” e reconhecida como “doença de Alzheimer”, permitindo falar de uma epidemia, ou ainda a doença do século e a maior ameaça para a saúde pública (LEIBING, 1999).

A doença em questão caracteriza-se como neurodegenerativa, progressiva e irreversível, que traz como consequência a perda da capacidade cognitiva e funcional, comprometendo a integridade física, mental e social da pessoa idosa. Possui etiologia, porém acredita-se que possua relação com fatores predisponentes como: idade acima de 60 anos, histórico familiar, baixa formação educacional, traumatismo craniano, gestão tardia, depressão de início tardio, entre outros (GATZ et al., 2006; VALIM et al., 2010).

O diagnóstico da DA é feito a partir de critérios clínicos, que utilizam anamnese, exame físico e avaliação cognitiva do paciente. Avalia-se a presença de múltiplos déficits cognitivos manifestados por comprometimento da memória (capacidade prejudicada de aprender novas informações ou recordar informações anteriormente aprendidas). Ainda se avalia a presença de pelo menos uma das seguintes alterações das funções cognitivas: afasia, apraxia, agnosia e perturbação do funcionamento executivo. Depois desta avaliação, a DA poderá ser considerada provável ou possível (MCKHANN et al., 2011).

Podem ser utilizados exames de imagem como Tomografias Computadorizadas (CT) e Ressonância Magnética (RM), entre outros. O objetivo desses exames é realizar o diagnóstico diferenciado da DA, ou seja, descartar outras possíveis doenças, a citar algumas: demência vascular, demência por corpos de Lewy (DCL) e demência fronto-temporal (DFT), bem como algumas causas reversíveis de declínio cognitivo, como hematomas, hidrocefalia e neoplasias (MCKHANN et al., 2011).

Estudos neuropatológicos têm verificado possibilidade de encontrar alterações da DA em pessoas com demência instalada que já apresentem sintomas (FORLENZA; DINIZ; GATTAZ, 2010) e em pessoas assintomáticas, pelo uso de biomarcadores (PRICE et al., 2009). A ocorrência de alterações em marcadores amiloides e de dano neuronal tem boa correlação com a DA e aumentam a probabilidade de certeza diagnóstica. Porém, seu uso de rotina ainda não é indicado pela falta de padronização entre laboratórios e de pontos de cortes bem definidos, além de difícil disponibilidade, devendo sua utilização se restringir a situações de pesquisa (JACK et al., 2011).

Apesar dos esforços para se chegar ao diagnóstico definitivo da DA, na prática clínica, até o momento, o mesmo só pode ser realizado mediante a análise histopatológica do tecido cerebral *post-mortem*. Não existe, portanto, um teste diagnóstico específico capaz de confirmar o diagnóstico da DA em seres humanos vivos (GALLUCCI; TAMELINI; FORLENZA, 2005; ARRUDA; ALVAREZ; GONÇALVES, 2008).

É uma doença da qual a causa permanece desconhecida, ou seja, não se tem um diagnóstico que a confirme. Da mesma forma, não possui uma terapêutica medicamentosa efetiva para todos os casos (WBO, 2012). O objetivo dos tratamentos farmacológicos disponíveis é aliviar os sintomas existentes, estabilizá-los ou fazer com que progressão da doença seja mais lenta. Grandes esforços têm sido realizados para a compreensão e tratamento da DA; entretanto, a terapia farmacológica atual não é satisfatória. Por conta disso, a investigação de novos agentes medicamentosos que possam retardar ou mesmo bloquear a

evolução da doença constitui o objetivo e um dos grandes desafios atuais (SERENIKI; VITAL, 2008).

Algumas pessoas idosas com a doença demonstram uma exacerbação e outras uma inversão das características da personalidade e, em alguns casos, observa-se o desinteresse, apatia, desapego, inibição, desconfiança e paranoia (BULLA; MARTINS; VALENCIO, 2009). Nos estágios iniciais da doença, as pessoas apresentam alterações na afetividade, déficit de memória recente, e dificuldades na aquisição de novas habilidades, evoluindo gradualmente com prejuízos em outras funções cognitivas, tais como julgamento, cálculo, raciocínio e habilidades visuoespaciais (FREITAS et al., 2008).

No estágio intermediário, ocorrem dificuldades nas atividades de vida diária, como banhar-se, vestir-se e alimentar-se; ansiedade, delírios e alucinações, agitação noturna, alteração do sono, dificuldade para reconhecer amigos e familiares, para nomear objetos ou para escolher a palavra adequada para expressar uma ideia. Pode haver apraxia, iniciando-se as dificuldades motoras; a marcha pode ser prejudicada, com lentidão global dos movimentos e diminuição do tônus muscular (GALLUCCI; TAMELINI; FORLENZA, 2005; FREITAS et al., 2008).

Na fase avançada ou final, a capacidade intelectual e a iniciativa tornam-se deterioradas. Apresenta-se importante dificuldade para deglutir os alimentos, com diminuição do apetite e do peso, alterações do ciclo sono-vigília; e comportamentais, como irritabilidade e agressividade; sintomas psicóticos; completa incapacidade de administrar o próprio autocuidado, incapacidade de deambular, falar e realizar, descontrole urinário e fecal (VITOR; ANADÃO, 2014). Ocorrem alterações neurológicas importantes com aumento da rigidez e lentificação ou total ausência de movimentos. Por fim, a pessoa torna-se restrita ao leito, evoluindo para a adoção de posição fetal e posteriormente ao óbito (FREITAS et al., 2008; ALZHEIMER'S DISEASE INTERNATIONAL, 2010).

Com a evolução da doença, os cuidados passam a exigir uma atenção maior dos familiares/cuidadores. É necessário refletir sobre a dificuldade de aceitação e adaptação da família, uma vez que aceitar o diagnóstico de um familiar com DA e ter a consciência de que a dependência evoluirá gradativamente caracterizam-se como processos difíceis (ILHA, 2013). Observa-se que a doença na família demanda interações e revela dificuldades existentes nas relações humanas; apresenta-se como um fator que contribui para desordens relacionais. Assim, o surgimento e o agravamento da doença podem alterar diariamente a harmonia do grupo familiar, predispondo a desordens de toda natureza (FERNANDES; GARCIA, 2009).

Tornam-se necessárias abordagens profissionais condizentes com as reais necessidades das pessoas idosas e famílias nessa condição. Apresenta-se igualmente necessária a utilização de referenciais que ampliem a percepção dos profissionais acerca do fenômeno estudado e/ou ao qual se projetam e direcionam os cuidados. A Complexidade de Edgar Morin mostra-se adequada nesse contexto. Contudo, quando um pesquisador se lança na compreensão de determinado fenômeno, a partir de um referencial específico, faz-se necessário conhecer o seu idealizador (SANTOS; HAMMERSCHMIDTI, 2012). Dessa forma, serão tecidas algumas considerações sobre Edgar Morin e sua construção teórica complexa.

Nascido em oito de julho de 1921, na cidade de Paris, França, Edgar Nuhum, cujo pseudônimo é Edgar Morin, é filho de um casal de judeus (Luna Beressi e Vidal Nahum), que imigraram para a França durante a primeira década do século XX. Após a morte de sua mãe, quando ele tinha nove anos, a leitura passou a ser sua maior companhia, o que possivelmente tenha contribuído para que ele, ao longo de sua vida, apresente uma postura de indagação contínua, que o possibilita verdades e (in)conclusões temporárias (MORIN, 2000).

Essa atitude o levou ao interesse por múltiplos assuntos, o que o conduziu a graduar-se em três cursos superiores: História, Geografia e Direito (PETRAGLIA, 2010). Seu perfil inquieto e reflexivo não lhe permitiu se limitar a essas três disciplinas, buscando estudar, em maior profundidade, as ciências humanas, em temáticas diversas, entre elas, Filosofia, Sociologia, Epistemologia, Cinema e Economia. Dessa forma, Morin tem sua vida e obra impulsionadas por suas aspirações múltiplas e antagônicas, tão intensas e extensas em seu ser que o direcionam a contínuos recomeços (SANTOS; HAMMERSCHMIDTI, 2012).

A contradição e a atitude dialógica de Morin diante de sua caminhada permite conhecer sua história de vida e compreender a sua produção no campo das ciências, assim como a gênese do pensamento complexo (SANTOS; HAMMERSCHMIDTI, 2012). O pensamento complexo surge de vários tecidos que, juntos, formam o *complexus*, compreendido como um tecido formado por diferentes fios que juntos se transformam em algo diferente do que eram quando isolados (MORIN, 2010b). Dito de outra forma, os fios se entrelaçam formando um todo complexo sem, no entanto, destruírem as variedades e as diversidades existentes nas partes.

Esse pensamento perpassa ao longo de todas as suas obras, a citar algumas: “La méthode (O método), com seis volumes, “Science avec conscience” (Ciência com consciência), “Introduction à la pensée complexe” (Introdução ao pensamento complexo) “La Tête bien faite – Repenser la réforme, réforme la pensée” (A cabeça bem-feita: repensar a

reforma, reformar o pensamento) e “Les sept savoirs nécessaires à l’Éducation du futur” (Os sete saberes necessários para à Educação do futuro) (PETRAGLIA, 2010).

Dentre essas, destaca-se, com maior representatividade e por ter sido construída ao longo de três décadas e meia: *O método*. Nesta, Edgar Morin, demonstra a profundidade do pensamento complexo, que reconhece a unidade e a multidimensionalidade em todas as coisas vivas e não vivas. Essa importante obra é dividida em seis temas que abordam a complexidade humana, em seis volumes.

O primeiro método, *a natureza da natureza*: apresenta uma epistemologia de complexidade. Traz a relação entre a ciência do homem e ciência da natureza, em um contexto de complexidade, por meio da ordem, da desordem e da reorganização. Aborda, ainda, temas como as organizações ativas, a organização regenerativa e generativa; e a circularidade existente entre a complexidade da natureza e a natureza da complexidade (MORIN, 2008a).

O segundo método, *a vida da vida*: apresenta uma ênfase maior na questão do homem, desmistificando-o como sendo o centro do universo. Para isso, discute-se a vida existente antes do homem e o próprio homem como produtor e produto de sua espécie. Discutem-se a ecologia generalizada, a autonomia fundamental, a organização das atividades vivas; do prefixo ao paradigma e maneiras para compreender o vivo (MORIN, 2005).

O terceiro método, *o conhecimento do conhecimento*: apresenta uma antropologia do conhecimento que aborda as condições bioantropológicas das possibilidades do conhecimento. Nele, Morin refere que a grande questão é o reducionismo e fragmentação do saber. Para entender e ser no mundo globalizado, de culturas e interesses diferentes, evidencia-se a necessidade da religação das ciências biológicas, físicas e humanas. O conhecimento do conhecimento requer um pensamento complexo e, por consequência, o conhecimento do conhecimento (MORIN, 2008b).

No quarto método – *as ideias*, o hábitat, a vida, os costumes e a organização servem para introduzir ao problema da reflexão no mundo contemporâneo. Morin discorre sobre a ecologia das ideias, refletindo sobre o equilíbrio entre as ideias que as pessoas desenvolvem e as que a cultura, a sociedade, lhe oferece, das quais ele se apropria e, ao mesmo tempo, é apropriado. Faz referência à noosfera, que se constitui na relação antagônica e complementar de autonomia e dependência da vida no pensamento; e sobre a noologia, que estabelece as relações entre a linguagem e a lógica, ou seja, sua complexidade (MORIN, 2011b).

No quinto método, *a humanidade da humanidade*, Morin faz referência à humanidade como a síntese de uma vida. Aborda o destino da identidade humana na crise planetária; as

inter-relações sociais, culturais e políticas, bem como o contexto histórico e planetário. Mais uma vez, seu trabalho busca romper a fragmentação do conhecimento nas ciências humanas e, para alcançar esse objetivo, o autor propõe uma reforma do pensamento. Suscita um questionamento: quem é o homem na relação com o outro? E a reflexão de que aquilo que o ser humano é apresenta-se indissociável de onde ele está, veio e para onde vai. Nesse caso, o desafio é refletir sobre a vida existente na vida (MORIN, 2007).

O sexto método apresenta a *ética*. Inicia-se com a crise contemporânea ocidental, da ética para voltar a ela. Proporciona reflexões sobre as escolhas morais que o ser humano faz constantemente em seu cotidiano (MORIN, 2011c).

É possível compreender que o pensamento complexo é contrário ao reducionismo alienante que separa e fragmenta os conhecimentos. Busca, por meio dos princípios da complexidade, ligar o que estava separado, religar o que a análise desagrega, contextualizar quando o reducionismo separa. Para facilitar essa compreensão, são propostos sete princípios, que auxiliam a compreender a complexidade a partir da interdependência dos fenômenos, são eles: o sistêmico ou organizacional, o holográfico, o do circuito retroativo, o do circuito recursivo, o da autonomia/dependência, o dialógico e o da reintrodução do conhecimento em todo conhecimento (MORIN, 2010a).

Princípio sistêmico ou organizacional, responsável por ligar o conhecimento das partes ao conhecimento do todo. Apresenta a ideia sistêmica, como oposta à ideia reducionista, pela compreensão de que “o todo é mais do que a soma das partes”. Compreende-se que a organização de um todo produz qualidades ou propriedades novas, em relação às partes isoladamente: as emergências. Portanto, o todo é, igualmente, menos que a soma das partes, cujas qualidades são inibidas pela organização do conjunto (MORIN, 2010a, p.94). Por outro lado, embora o todo seja mais do que a soma das partes, o todo é igualmente menos do que as suas somas. Esse “menos” se refere às qualidades que se encontram restringidas e inibidas pelo efeito da retroação organizacional do todo sobre as partes (MORIN, 2011a).

O princípio holográfico apresenta que, como em um holograma, cada parte contém praticamente a totalidade da informação do objeto representado; em qualquer organização complexa, não só a parte encontra-se no todo, mas o todo encontra-se igualmente na parte (SANTOS; HAMMERSHMITZ, 2012). Cada célula é uma parte de um todo – o organismo global, mas também o todo está na parte. Compreende-se assim que a sociedade está presente em cada indivíduo, como todo, através de sua linguagem, sua cultura, suas normas (MORIN, 2010a).

O princípio do circuito retroativo rompe com o princípio da causalidade linear e permite o conhecimento dos processos autorreguladores, em que a causa age sobre o efeito, assim como efeito retroage de maneira informacional sobre a causa, permitindo a autonomia organizacional do sistema (MORIN, 2011). Em sua forma negativa, o círculo de retroação (ou *feedback*) permite reduzir o desvio e, assim, estabilizar um sistema. Em sua forma positiva, o *feedback* é um mecanismo amplificador; por exemplo: a violência de um protagonista provoca uma reação violenta, que, por sua vez, provoca uma reação mais violenta ainda. Dessa forma, evidencia-se que são incontáveis as retroações nos fenômenos econômicos, sociais, políticos ou psicológicos, sejam elas estabilizadoras ou não (MORIN, 2010a).

O princípio do circuito recursivo ultrapassa a noção de regulação e apresenta a noção de autoprodução e auto-organização. Mostra-se como um processo no qual os efeitos ou produtos são simultaneamente causa produtiva do próprio processo, e no seio do qual os últimos estados são necessários para se gerarem os do início. O processo recursivo, sob esse enfoque, é aquele que se produz/reproduz a si mesmo, na condição, obviamente, de que seja alimentado por uma fonte, uma reserva ou um fluxo exterior (SANTOS; HAMMERSHMIDT, 2012).

Os seres humanos são os produtos de um sistema de reprodução, que, no entanto, só existe ao passo em que as pessoas tornam-se produtores, com o acasalamento, por exemplo. Os seres humanos produzem a sociedade nas interações e pelas interações, mas a sociedade, à medida que emerge, produz a humanidade das pessoas, fornecendo-lhes sua linguagem e cultura (MORIN, 2010a).

Princípio da autonomia/dependência (auto-organização) defende que os seres vivos são auto-organizadores, que se autoproduzem constantemente, e, dessa forma, dependem energia para manter sua autonomia. Essa autonomia apresenta-se inseparável de sua dependência, pois possuem a necessidade de retirar energia, informação e organização de seu meio ambiente (MORIN, 2010a). Por isso, o conceito de autonomia deve ser concebido a partir de uma teoria de sistemas ao mesmo tempo aberta e fechada; um sistema que funciona precisa de uma energia nova para sobreviver e, portanto, deve captar essa energia no ambiente. A autonomia se fundamenta na dependência do ambiente, e o conceito de autonomia passa a ser um conceito complementar e antagônico ao da dependência (SANTOS; HAMMERSHMIDT, 2012).

O princípio dialógico une dois princípios ou noções que deveriam excluir-se reciprocamente, mas são indissociáveis em uma mesma realidade (MORIN, 2010a). Esse princípio auxilia o raciocínio, em um mesmo espaço mental, de algumas lógicas que se

completam e se excluem. Pode ser definido como a associação complexa (complementar/concorrente/antagonista) de instâncias conjuntamente necessárias para a existência, para o funcionamento e o desenvolvimento de um fenômeno organizado (SANTOS; HAMMERSHMIDT, 2012).

Nesta seara, a dialógica entre a ordem, a desordem e a organização ocorre por meio de inúmeras inter-retroações e está constantemente em ação nos mundos físico, biológico e humano. A compreensão das noções contraditórias que permitem conhecer um mesmo fenômeno complexo é possível pela contextualização dialógica. Por exemplo: o indivíduo (parte) desaparece quando se consideram a espécie e a sociedade (todo); e a espécie e a sociedade (todo) desaparecem quando se considera o indivíduo (parte). Dessa forma, o pensamento deve assumir dialogicamente os dois termos, que tendem a se excluir um ao outro (MORIN, 2010a).

O princípio da *reintrodução do conhecimento em todo conhecimento* opera a restauração do sujeito e revela o problema cognitivo central: da percepção à teoria científica, todo conhecimento é uma reconstrução/tradução feita por uma mente/cérebro, em uma cultura e época determinadas (MORIN, 2010a).

A partir dos princípios de Morin e da singularização da realidade, por meio de uma visão complexa, considera-se inviável pensar na pessoa idosa com a DA, sem considerá-la parte de um sistema, bem como pensar apenas na família como unidade cuidadora, esquecendo-se das especificidades da pessoa idosa. Faz-se necessário pensar na pessoa idosa com DA como parte de um todo, ou seja, na família como unidade complexa, que não se reduz à soma de seus integrantes, pois segundo Morin (2010a, p.94), ao citar Bleise Pascal, “considera-se impossível conhecer as partes sem conhecer o todo, assim como o todo sem conhecer particularmente, as partes”.

Neste contexto, no cuidado multidimensional direcionado para a pessoa idosa com a DA, o cuidador torna-se essencial, uma vez que essa doença exige cuidados constantes e, por vezes, ininterruptos. Considera-se cuidador a pessoa responsável pelos cuidados da pessoa idosa, independente de receber ou não remuneração e fazer ou não parte da família (BORGHI et al., 2011; CARVALHO; ESCOBAR, 2015), excluídas as técnicas ou procedimentos identificados como inerentes a profissões legalmente estabelecidas, particularmente na área da enfermagem (BRASIL, 2008).

O Estatuto do Idoso, aprovado no ano de 2003, pela Lei nº 10.74, no art. 3º refere que a família, a comunidade, a sociedade e o Poder Público têm o dever de assegurar à pessoa idosa a efetivação do direito à vida, saúde, alimentação, educação, cultura, ao esporte, ao

lazer, ao trabalho, à cidadania, liberdade, dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária (BRASIL, 2003). Na realidade brasileira, a família configura-se, geralmente, como a primeira e a mais constante unidade de saúde para seus membros, cuidando-os com vistas à promoção, prevenção, tratamento e reabilitação (GONÇALVES et al., 2011).

Tratando-se de uma família que possui uma pessoa idosa com a DA, as mudanças são muitas vezes drásticas e ocasionam desordem no entorno familiar. Essa desordem, compreendida sob o enfoque da complexidade, poderá ser geradora de uma nova ordem, que será impulsionada pelo processo de (re)organização ou auto-organização, que, por sua vez, depende tanto de fatores internos quanto externos ligados ao processo saúde/doença (MOURA; SILVA, 2004).

A desordem é inseparável da evolução do universo, pois ela coopera para criar a organização que, por sua vez, transforma o ambiente e as condições de vida. A auto-organização comporta um processo de desorganização que tende sempre a reorganizar-se (MORIN, 2010b). Sob esse enfoque, a auto-organização faz com que o organismo crie complexidade, autonomia e adaptação contínua, as quais permitem uma ordem cada vez mais diferenciada (ALEKSANDROWICS, 2009).

Diante destas considerações, questiona-se: compreendendo o ser humano como multidimensional e parte de um todo, como pensar na pessoa idosa com DA, sem considerar, ao mesmo tempo, os seus familiares/cuidadores e a família como uma unidade complexa? Essa questão torna-se ainda mais relevante, quando alguns autores referem que geralmente a função de cuidador é assumida por uma única pessoa da família, denominada como cuidador principal (BULLA; MARTINS; VALENCIO, 2009; CARVALHO; ESCOBAR, 2015). Ou seja, muitas vezes, não ocorre o revezamento do cuidado com outros membros da família.

No contexto da DA, sendo uma doença que exige cuidados constantes, há necessidade que o familiar cuidador principal tenha um bom preparo físico e mental para conviver com as alterações de toda a ordem, inerentes à doença. Em decorrência dos cuidados ininterruptos, muitas vezes o familiar/cuidador passa a sentir-se sobrecarregado, ocorrendo modificações dos seus papéis sociais, sobrecarga física, emocional, financeira, o que pode interferir nas suas relações sociais e de lazer (DIEL et al., 2010; SEIMA; LENARDT, 2011; MORAIS et al., 2012).

Os conflitos internos e relacionais vivenciados pelo familiar/cuidador principal aumentam a partir do momento em que ocorre a dificuldade de compreensão da família em relação à DA e de tudo que ela implica à pessoa idosa com DA e familiar/cuidador, quanto para a família como unidade complexa. Essa alteração produz uma aparente desordem que

possivelmente conduzirá os familiares/cuidadores a (re)organizarem-se constantemente, com vistas a nova ordem. Assim, a família, cotidianamente, é testada quanto à sua capacidade de discernimento, adaptação e (re)organização à nova realidade, a qual exige dedicação, responsabilidade, paciência e abnegação (ILHA, 2013).

A família é um sistema que opera por meio de padrões transacionais que, por repetição, reforçam o sistema familiar que, por sua vez, se diferencia e realiza suas funções por meio dos seus subsistemas. Cada membro dessa família pertence a um subsistema onde tem diferentes níveis de poder e como ou quem participa desse sistema é definido pelas fronteiras, que possuem a função de proteger a diferenciação do sistema. No entanto, para que o funcionamento da família seja adequado, as fronteiras devem ser claras a todos os integrantes (PISZESMAN, 2006).

Quando o cuidador é o familiar, essas fronteiras, por vezes, não são suficientemente claras, e ele necessita assumir compromissos que transcendem a linearidade das rotinas diárias, passando a ser responsável pelo cuidado do familiar idoso com DA e toda a sua complexidade. Tal cuidado requer um contínuo reordenamento e processos adaptativos capazes de contemplar a singularidade existente nas relações humanas (CASSOLA et al., 2014). Em meio a esse processo (re)organizacional, o familiar se percebe em uma condição em que necessita aceitar o desafio de cuidar de outra pessoa, sem ter qualquer garantia de retribuição, ao mesmo tempo em que é invadido por sua carga emocional (LUZARDO; GORINI; SILVA, 2006).

Neste cenário, surge a incerteza como princípio norteador da humanidade e não se propõe a sua eliminação, mas que se busque compreender a contradição e o imprevisível a partir da integração de elementos contraditórios (MORIN, 2008a). Ser familiar/cuidador de uma pessoa idosa com DA, sob esse enfoque, desencadeia sentimentos de dúvida, desordem, bem como o enfrentamento das incertezas, a fim de possibilitar/garantir a vida e o bem-estar da pessoa idosa com a DA, em suas diferentes dimensões, e também preservar a estrutura familiar.

A dificuldade do pensamento complexo é justamente enfrentar a confusão, a incerteza e a contradição, sem deixar de conviver com a solidariedade dos fenômenos existentes entre si mesmos (MORIN, 2008a). Essa realidade apresenta-se aos familiares/cuidadores como uma necessidade de se compreender as complexas relações existentes com o meio ao qual pertence a pessoa idosa com a DA, buscando nunca isolá-lo ou desconectá-lo do seu todo.

Entende-se complexidade, conforme já dito anteriormente, como a união entre a unidade e a multiplicidade do que foi tecido junto; isto é, como elementos de uma família,

cada familiar é singular e ao mesmo tempo inseparáveis e constitutivos do todo (MORIN, 2010a). Há ainda um tecido interdependente, interativo e inter-retroativo entre a pessoa idosa com a DA, seus familiares/cuidadores e o contexto (re)organizacional de cuidados à mesma.

A parte, também como já posto, é entendida neste estudo como a pessoa idosa com a DA e seus familiares/cuidadores como sujeitos (que ao mesmo tempo são parte e todo), e o todo deve ser aqui entendido como a família como uma unidade complexa. Propõe-se, dessa forma, visualizar o todo e as partes e as partes inter-relacionadas a partir de um movimento complexo (MORIN, 2010b).

No que concerne aos familiares, pode ocorrer a (re)organização interna para atingir níveis sempre mais complexos de organização, o que contribui para o fortalecimento das relações sociais e o enfrentamento das dificuldades. Essas formas de auto-(re)organização possibilitam a construção de estratégias de enfrentamento dos problemas sociais e de saúde através da emancipação das pessoas e famílias como protagonistas da própria história (SPAGNUOLO; GUERRINI, 2005).

Não basta, portanto, associar inter-relação e totalidade sem pensar em organização, pois as inter-relações entre elementos, acontecimentos ou indivíduos tornam-se organizacionais. Se há princípio organizador, ele nasce dos encontros aleatórios da ordem com a desordem (MORIN, 2008a). A organização familiar pode ser entendida como dinâmica interativa e associativa entre os familiares/cuidadores e entre eles e a pessoa idosa com DA.

A interdependência entre os envolvidos define uma relação de compromisso com normas, valores e objetivos comuns; produz e mantém a singularidade e a identidade. Ou seja, a organização entendida, aqui, conforme os princípios da complexidade como (re)organização permanente de um sistema que naturalmente tende a se desorganizar (MORIN, 2008a).

Para compreender esse processo do ser familiar/cuidador de uma pessoa idosa com a DA, opta-se pela complexidade de Morin, pois esta possibilitará gerar um pensamento que liga e integra as certezas e incertezas, bem como a ordem e a desordem. Substituir a causalidade e a unidimensionalidade por um pensamento circular que permite visualizar a multidimensionalidade e unicidade das possibilidades interativas entre todos os envolvidos, neste caso, no cuidado à pessoa idosa com DA.

O pensamento complexo auxilia, portanto, no processo de cuidado à pessoa idosa com DA, por meio da (re)organização familiar, na medida em que sustenta que as incertezas e desordens causadas pela doença não são necessariamente totalmente negativas, mas propulsoras de uma nova ordem. Retrata um processo social, profissional, pessoal, dinâmico e gradual que demanda tempo, atitude, comportamento e um esforço incansável na busca de

novas formas de ação e interação, ou seja, a busca de novos conhecimentos e abordagens com base no real (ILHA, 2013).

Permite assumir noções contraditórias, como a ordem, a desordem e a organização, para conceber a DA como um fenômeno complexo e multidimensional, unindo duas noções que tendem a excluir-se reciprocamente, mas que são indissociáveis em uma mesma realidade. Quando a desordem é gerada na família por intermédio de uma patologia, como a DA, os familiares vivenciam um processo de (re)organização para o delineamento do cuidado, fato que lhes confere independência e autonomia gerencial.

A organização é formada pela disposição de relações entre componentes ou indivíduos da família/cuidadores, pois cada um tem suas particularidades e influência nas vivências dos demais. Desse modo, a interação mútua se torna necessária para um bom convívio. Logo, a família é uma unidade de um sistema complexo pelas suas relações, interações e retroações. Nessa unidade, portanto, cada membro representa um subsistema do todo integrado que comporta também os cuidadores não familiares (ILHA, 2013).

A Complexidade pede para pensarmos nos conceitos sem considerá-los concluídos, para quebrarmos as esferas fechadas, para o restabelecimento das articulações entre o que foi separado, na tentativa de compreender a multidimensionalidade. Suscita pensarmos na singularidade com a localidade e com a temporalidade, para nunca esquecermos as totalidades integradoras (ERDMANN et al., 2007).

Para compreender a família da pessoa idosa com a DA como singular e multidimensional, é preciso reconhecer a natureza complexa e o processo de conviver com as diferenças. É necessário considerar o diálogo entre e com os familiares/cuidadores, no sentido de perceber e acolher as adversidades da vida como adventos propulsores de uma nova organização (ILHA, 2013; ILHA et al., 2015a).

Nessa perspectiva, é essencial que os profissionais de saúde, principalmente o enfermeiro, considerem a pessoa idosa com DA como ser singular e multidimensional, o qual engloba os familiares/cuidadores, expostos a toda ordem e desordem, conflitos, incertezas e certezas, questionamentos, instabilidades e ao caos, porém, capazes de (re)organizar-se a partir das incertezas comportamentais (ILHA, 2013).

Para que essa compreensão seja possível, se faz necessário que os enfermeiros e os outros profissionais da saúde singularizem o pensamento da complexidade com vistas a uma melhor compreensão da realidade das famílias que possuem uma pessoa idosa com a DA. Dessa forma, as interações e orientações dos profissionais de saúde para com a família necessitam ocorrer de maneira efetiva para que venham a auxiliar mais expressivamente no

processo de (re)organização para efetivação do cuidado à pessoa idosa (FONSECA; SOARES, 2006), considerando, inclusive novas maneiras de cuidar por meio de (geronto)tecnologias.

2.2 CUIDADO DE ENFERMAGEM/SAÚDE COMPLEXO E (GERONTO)TECNOLÓGICO

O Cuidado de enfermagem pode ser visto como um fenômeno intencional, essencial à vida, que ocorre no encontro de seres humanos que interagem, por meio de atitudes que envolvem consciência, zelo e solidariedade. Expressa um “saber-fazer” embasado na ciência, na arte, na ética e na estética, direcionado às necessidades das pessoas, famílias e comunidades (VALE; PAGLIUCA, 2011).

No processo de cuidar pode-se propor a reforma do pensamento, onde destaca-se a necessidade de um pensamento que substitua a causalidade linear e unidirecional, por uma causalidade em círculo e voltada às multidimensões. Um pensamento que seja ao mesmo tempo complementar e antagônico, pelo conhecimento da integração do todo ao interior de suas partes (MORIN, 2010a). Nessa perspectiva, denota-se a necessidade de uma reforma do pensamento para que as condutas profissionais levem em consideração tanto as singularidades das partes, aqui compreendidas como a pessoa idosa com DA, como a sua rede de relações complexa formada para dar conta do contexto vivenciado com a DA.

A Enfermagem, como uma profissão e, ao mesmo tempo, parte do grande sistema social, reforma o pensamento, quando considera a pessoa idosa como um ser singular, avaliando as singularidades com relação à visão global de um cuidado sistematizado (BARROS, 2012). Ao mesmo tempo, percebendo-o como multidimensional, o que engloba toda a sua rede de relações e interações sistêmicas. Esse processo suscita no cuidado gerontotecnológico e na articulação multi-inter-trans-meta-disciplinar.

Na tentativa de possibilitar a compreensão sobre o cuidado de enfermagem/saúde complexo e gerontotecnológico à pessoa idosa com a DA, apresenta-se, inicialmente, uma teorização acerca da Enfermagem no processo de cuidado à pessoa idosa/família: um olhar a partir da complexidade. E, posteriormente, sobre as gerontotecnologias cuidativo-educacionais e a Enfermagem, trazendo algumas aproximações e (inter)relações a partir da complexidade.

O ato de cuidar surgiu do desenvolvimento e evolução de práticas de saúde no decorrer dos períodos históricos. Inicia-se com os povos primitivos onde a doença era vista

como algo sobrenatural ou punição divina, devendo ser tratada por sacerdotes e feiticeiras (CIANCIARULO et al., 2011).

Na civilização antiga o cuidado às pessoas doentes, idosas e moribundas era destinado às mulheres, por serem cuidadoras natas da prole e conhecer o segredo das plantas. Nessa fase, o cuidado ainda tinha um enfoque místico. No período da Idade Média, o cuidado ao doente toma um caráter caritativo com intuito de salvamento da alma do doente e do cuidador. Dentre os elementos das ordens religiosas destinados ao cuidado surgem as diaconisas, as quais eram destinadas a atender as necessidades de sobrevivência das pessoas carentes e doentes (CIANCIARULO et al., 2011).

No início da Idade Moderna o cuidado ainda estava muito ligado à caridade cristã e, portanto, à vocação religiosa, dentro de bases empíricas que persistiram até a primeira metade do século XIX. A mudança desse paradigma teve início na Inglaterra, na segunda metade do século XIX, a partir de Florence Nightingale, hoje símbolo da enfermagem moderna, que mostrou o lado profissional e pesquisador, conduzindo a enfermagem a um caráter científico (MORAES et al., 2012).

Florence promoveu a reorganização do espaço terapêutico por meio da hierarquização de tarefas, a partir da teoria da administração científica, utilizando como base estudos de tempos e movimentos que visavam à padronização das tarefas; o tempo necessário para desenvolvê-las e os estudos do ambiente físico para o trabalho (MORAES et al., 2012). No Brasil, a Enfermagem foi reconhecida como profissão no século XX, com a chegada das enfermeiras americanas ao país, criando-se, assim, a Escola de Enfermagem Anna Nery, cuja formação estava atrelada ao modelo hospitalocêntrico, individualista e tecnicista (MORAES et al., 2012).

As condutas profissionais ampliaram-se, passaram a visualizar o ser humano, suas relações e interações, pois este apresenta-se, ao mesmo tempo, parte e o todo, e nesta rede de inter-relações encontram-se os familiares que, ao vivenciarem situações conflituosas, como a causada pela DA, precisam se (re)organizar (ILHA, 2013). Enfatiza-se o cuidado de enfermagem complexo, no sentido de possibilitar a coparticipação das pessoas envolvidas. No processo de cuidado, o enfermeiro ocupa uma importante função pela compreensão do ser humano em sua integralidade, o que possibilita a esse profissional a intermediação mais efetiva da rede de relações e interações sistêmicas de cada ser humano (BACKES, 2008).

Entretanto, mostra-se improvável que um único profissional consiga desenvolver o cuidado condizente com as necessidades individuais e coletivas, levando em consideração suas singularidades e multidimensões. Emerge a necessidade da articulação entre os

profissionais de diferentes áreas de atuação e de formação, dando espaço às discussões sobre a atuação multi-inter-trans-disciplinar (ILHA, 2013).

A multidisciplinaridade constitui-se de uma associação de disciplinas, por conta de um projeto ou objetivo comum. Estas possibilidades podem estar reunidas contra a sua vontade, como numa convocação, por exemplo; ou então por interesse próprio e, portanto, dessa forma, em completa interação (MORIN, 2010a). Essa associação não tem a finalidade de produzir um conhecimento novo, a partir de suas inter-relações, ou seja, um objeto de estudo é refletido/discutido de formas diferentes e de acordo com a disciplina que o estuda, sem que haja uma troca de conhecimento entre as disciplinas (SANTOS et al., 2007).

A interdisciplinaridade vem sendo, dentre esses termos, o mais utilizado e discutido/refletido por mais de vinte anos (CALLONI, 2006). A complexidade do sistema de Enfermagem/Saúde envolve a interdisciplinaridade como ação que permeia tanto as práticas como os discursos disciplinares e suas formas de expressão, neles originando um conjunto de mediações de natureza não apenas teórica, mas também políticas, sociais e culturais (BACKES et al., 2011). No entanto, Morin salienta a dualidade que essa atuação comporta, referindo que a interdisciplinaridade pode representar, apenas, que pessoas de diferentes disciplinas se reúnem, defendendo cada uma o seu ponto de vista. Ao mesmo tempo, concebe que pode haver também trocas e cooperação, o que a torna positiva (MORIN, 2010a).

Os enfermeiros e demais profissionais da saúde necessitam, crescentemente, direcionar o pensamento para a complexidade, para a religação dos saberes disciplinares. Tais saberes necessitam ser compartilhados de maneira que não exista o domínio de nenhuma disciplina ou de nenhum profissional sobre o outro, com vistas a um cuidado ampliado, segundo as necessidades das pessoas em suas singularidades (SANTOS; HAMMERSCHMIDT, 2012).

A transdisciplinaridade surge com o objetivo de reunir, socializar, horizontalizar e ampliar saberes, com vistas a um saber complexo que potencialize visualização do todo, independente das disciplinas ou especializações de cada área de conhecimento. Algumas vezes, esse processo ocorre com tal violência que deixa os envolvidos em transe (MORIN, 2010a). São os complexos de inter-multi-trans-disciplinaridade que realizam e desempenham um fecundo papel na história das ciências.

Nesse sentido, emerge o conceito de meta-disciplinaridade, que possui a característica de ultrapassar e ao mesmo tempo conservar o conhecimento das várias disciplinas (MORIN, 2010a). Dito de outra forma, é necessário que o meta-disciplinar consiga visualizar o todo, sem esquecer-se das partes de cada disciplina e vice-versa. O cuidado de enfermagem é um

fenômeno complexo, sistematizado por meio das múltiplas relações, interações e associações sistêmicas (GEPESSES, 2011). Ou seja, comporta a inter-multi-trans-meta-disciplinaridade com vistas a promover a saúde do ser humano de forma integral e articulada com tudo que o cerca.

O todo, neste entendimento, é uma unidade complexa e não se reduz à soma dos elementos que constituem as partes (MORIN, 2010b). Ao apreender o cuidado à pessoa idosa/família com DA, na perspectiva do pensamento complexo de Morin, emergem mais inquietações do que respostas, em função da singularidade que a mesma apresenta. A intenção é fomentar reflexões a respeito do cuidado, tendo em vista que o pensamento complexo é capaz de reunir, contextualizar, globalizar e, ao mesmo tempo, de reconhecer o individual, o singular e o concreto.

A soma das partes é maior e, ao mesmo tempo, menor que o todo, pois, em sua singularidade, apresentam particularidades que, quando postas em interação umas com as outras, são responsáveis por modificações tanto às partes, quanto para o todo (PETRAGLIA, 2010). Com relação à pessoa idosa com a DA, pode-se considerá-la como parte de um todo que contempla sua rede de relações e interações, como, por exemplo, seus familiares/cuidadores que são, por natureza, o todo quando associados à pessoa idosa com a DA e, ao mesmo tempo, partes em relação às suas outras redes de relações, muitas vezes, afetadas pela DA (ILHA et al., 2013).

O pensamento complexo reconhece como relevante a desordem, a incerteza e a contradição, pois julga possível a convivência com a solidariedade dos fenômenos existentes, entre si mesmos. Faz-se necessário distinguir sem separar, associar sem identificar ou reduzir, por meio do encontro de relações e inter-retroações que permitam reciprocidade entre o todo e as partes, ou seja, cada fenômeno e seu contexto. Reconhecer, ao mesmo tempo, a unidade humana em meio às diversidades individuais e culturais e vice-versa (MORIN, 2008a).

A complexidade aspira ao conhecimento multidimensional, comporta o reconhecimento de um princípio de incompletude e de incerteza, mas traz também “o reconhecimento dos elos entre as entidades que o nosso pensamento deve necessariamente distinguir, mas não isolar uma das outras” (MORIN, 2008b, p. 9). É nessa incompletude e incerteza que surge o desafio do cuidado inter-multi-trans-meta-disciplinar, no sentido de contemplar a integralidade e multidimensionalidade do ser humano idoso com DA como parte de um todo.

Para que esse cuidado de enfermagem seja possível, sob o enfoque da complexidade, torna-se necessário que haja interação entre o enfermeiro, os demais profissionais da área da

saúde e os familiares/cuidadores das pessoas idosas com a DA. Por meio dessa interação, potencializam-se redes de relações e interações que permitem a construção coletiva de novas formas de cuidar, condizentes com a complexidade e singularidades existentes em cada pessoa idosa e família (ILHA, 2013).

É por meio da capacidade integradora e articuladora do enfermeiro com as demais áreas do conhecimento, ou seja, com outros profissionais e com os familiares/cuidadores das pessoas idosas com DA, que serão promovidos estímulos para os processos de organização e autocuidado das famílias (RODRIGUES et al., 2012). Desta forma, ampliam-se e se fortalecem capacidades para implementação de condutas de cuidados de enfermagem/saúde que contemplem não somente o bem-estar da pessoa idosa com a DA, mas também o viver saudável de seus familiares/cuidadores e pessoas do seu convívio.

Mostra-se importante que os enfermeiros e demais profissionais da saúde sensibilizem as pessoas, famílias e os cuidadores para o potencial do pensamento, uma vez que o pensar de forma destrutiva, provavelmente, conduzirá a ações negativas. Evidencia-se que o pensar integrador dos profissionais de saúde potencializará atitudes igualmente articuladoras e, portanto, positivas (ILHA, 2013).

Torna-se necessário empreender no sentido de potencializar o viver saudável, pelo desenvolvimento do cuidado ampliado, inovador, criativo e responsável, conforme as necessidades singulares e coletivas. O cuidado de enfermagem precisa ser apreendido como multidimensional; os enfermeiros devem ser promotores do viver saudável, o que suscita o cuidar do local onde atuam e de tudo o que faz parte desse ambiente (BACKES, 2008).

O cuidado na perspectiva da complexidade requer da pessoa responsável pelo cuidado, seja ele um profissional ou o familiar/cuidador, uma profunda mudança na maneira de perceber o ser humano e uma reflexão sobre os princípios éticos, procurando compreendê-los segundo as suas possibilidades (TERRA et al., 2006). Para que as condutas profissionais contemplem a complexidade do cuidado às pessoas idosas com a DA e de seus familiares de maneira interativa, articuladora e integradora, torna-se imprescindível a ligação/religação dos diversos saberes dos profissionais de saúde e dos familiares/cuidadores, para a possibilidade de alcance desses desejos.

O cuidado pode ser entendido como um sistema complexo, um fenômeno dinâmico, circular e integrador (BACKES et al., 2008). Nessa perspectiva, os enfermeiros, além do conhecimento científico e habilidades técnicas, devem incorporar uma abordagem que valorize o cuidado inter-multi-trans-meta-disciplinar, integrador e complementar no processo

de cuidado à pessoa idosa com a DA, compreendendo o familiar/cuidador em sua complexidade e singularidade.

Quanto mais intensas as relações, interações e associações no processo de cuidado, maiores serão as possibilidades de diálogo criativo e, por conseguinte, o aprofundamento e a qualidade do cuidado (BACKES et al., 2014). Esse olhar para as diversas dimensões humanas se faz necessário quando se pensa no cuidado na perspectiva da complexidade, pois ao contrário de um sistema simples, o cuidado, nessa perspectiva, tem muitas partes/dimensões que interagem entre si. Nesse processo integrador, no qual as diferentes partes/dimensões constituem o todo, o movimento é gerado e dinamizado pelo modo como estas interagem, o que pode resultar em outras formas de cuidado de enfermagem, como é o caso das tecnologias e gerontotecnologias de educação e de cuidado.

O termo “tecnologia” tem sua origem no grego (τέχνη – “ofício” e λογία – “estudo”), é um termo que envolve o conhecimento técnico e científico, traduzido em ferramentas, processos e materiais criados ou utilizados a partir de tal conhecimento (PAIM; NIETSCHE; LIMA, 2014). Refletir sobre a Enfermagem no contexto das tecnologias conduz a (re)pensar a capacidade da Enfermagem, como área de conhecimento em saúde, para buscar inovações com o objetivo de transformar o seu cotidiano de trabalho. A implementação do cuidado requer a incorporação de processos, produtos e expressões tecnológicas do conhecimento em prol da qualidade de vida do ser humano (PAIM; NIETSCHE; LIMA, 2014).

Dentre algumas denominações de tecnologias encontradas na literatura, estão as cuidativo-educacionais, que conduzem a processos de trabalhos mais humanizados, em que os atores-autores desenvolvem, aplicam e avaliam as tecnologias, conquistando espaços e avançando nos modos de cuidado (TEIXEIRA; MEDEIROS, 2014). Existe uma análise categorial em sete domínios, entre eles encontram-se as tecnologias de educação, que se referem às que agrupam os meios de auxiliar a formação de uma consciência para a vida saudável (NIETSCHE, 2000). Refletir o cuidado na perspectiva da tecnologia nos leva a repensar a inerente capacidade do ser humano em buscar inovações.

Nessa perspectiva, pode-se dizer que a relação entre o cuidado de enfermagem e a tecnologia é permeada pela busca do conhecimento científico (ROCHA et al., 2008). As tecnologias são vistas como um meio que se fundamenta na ciência, mas também são utilizadas a serviço de práticas sociais e, portanto, necessitam levar em consideração as reais necessidades das pessoas (NIETSCHE, 2000). Para abordar tecnologias em saúde interligando as necessidades reais dos usuários e dos próprios serviços de saúde, é necessário ir além da dimensão das máquinas e equipamentos, cujo impacto da sua utilização na área da saúde

auxilia na garantia e manutenção da vida para todos os seres humanos, sejam eles usuários ou trabalhadores de saúde (PONTE et al., 2006).

Nesse contexto, a tecnologia não pode ser vista apenas como algo concreto, como um produto palpável, mas como resultado de um trabalho que envolve um conjunto de ações abstratas ou concretas que apresentam uma finalidade, nesse caso, o cuidado em saúde (HAMMERSCHMIDT, 2011). Na Enfermagem, a utilização de tecnologias aperfeiçoa a prática no cuidado, seja nas atividades técnico-assistenciais, administrativas ou mesmo nas relações interpessoais. Servem para gerar conhecimentos a serem socializados, para dominar processos e produtos e transformar a utilização empírica, de modo a torná-la científica (NIETSCHE, 2000).

O emprego das tecnologias acontece de várias formas e sofre influências, de acordo com a significação atribuída à sua utilização, como ferramenta de cuidado. (Re)Pensar na relação entre a Enfermagem e o surgimento tecnológico remete ao fato de que a tecnologia consiste em conhecimentos e instrumentos interligados, (des)construídos e reconstruídos ao longo dos anos pelo ser humano, que fundamentam e delimitam modos sistematizados de saber-fazer o cuidar em enfermagem (PAIM; NIETSCHE; LIMA, 2014).

No que tange ao cuidado ao idoso, surge a Gerontologia, como uma área de especialidade interdisciplinar, focada no estudo do envelhecimento como um todo. Nesse contexto, a Enfermagem Gerontogeriatrica como uma especialidade pode ser demonstrada em diferentes níveis de atuação no cuidado à pessoa idosa, destacando-se: na promoção e manutenção do envelhecimento ativo e saudável; na prevenção de agravos; no processo saúde/doença; na recuperação e reabilitação da funcionalidade; nos cuidados com a família cuidadora, entre outros (GONÇALVES et al., 2014).

Da interligação entre os termos “Gerontologia” e “tecnologia” derivou-se a gerontotecnologia. Emergiu da interface entre vários ramos das ciências com objetivo de prestar um aporte tecnológico e de cuidado às pessoas idosas e seus familiares/cuidadores. Pode ser conceituada como o desenvolvimento de produtos, ambientes e serviços para melhorar o cotidiano das pessoas idosas, proporcionando uma melhor qualidade de vida. Dito de outra forma, são tecnologias voltadas às pessoas idosas (NERI, 2005).

As gerontotecnologias possuem cinco objetivos para a sua utilização: prevenir/retardar o declínio funcional relacionado à idade; compensar as limitações funcionais existentes relacionadas à idade e à presença de incapacidade decorrente de DCNTs; promover o aumento do engajamento e da satisfação na participação de atividades laborativas, de lazer e familiares, como um suporte na velhice para novas oportunidades educacionais, de expressão artística, de

trabalho, proporcionando espaços adaptados e de interação social; dar suporte ao cuidador e às pessoas idosas dependentes, por meio de recursos tecnológicos e ambientes adequados; e desenvolver pesquisa sobre o uso das tecnologias no envelhecimento (NERI, 2005).

Percebendo o ser humano como multidimensional, o que envolve, nesse contexto, os familiares, a enfermagem gerontogeriatrica desenvolve atividades com a pessoa idosa e a família. Busca atuar de forma multi-inter-trans-meta-disciplinar com outros profissionais da gerontogeriatrica, com vistas a um melhor cuidado da pessoa idosa e de seus familiares (GONÇALVES et al., 2014). Por meio dessa interligação desenvolve-se o cuidado gerontotecnológico, que pode ser pensado como tudo que contribui sob a forma de estratégias que gerem, organizem ou (re)estabeleçam a esperança, a autonomia, a liberdade de escolha, as relações humanas e o sentido da vida para o ser humano idoso (BAGGIO; ERDMANN; DALSSASSO, 2010).

Fazem-se necessárias a implantação e a consolidação de práticas educativas que contemplem a especificidade de atenção à vida, saúde e doença das pessoas idosas, que sejam condizentes com o seu entendimento (HAMMERSCHMIDT, 2011). Nesse contexto, as gerontotecnologias educacionais apresentam-se como uma importante ferramenta que auxilia no cuidado a essas pessoas idosas. Com a tecnologia educacional no cuidado da enfermagem, podem-se desenvolver novas formas de cuidado que auxiliem os profissionais, bem como as pessoas idosas no autocuidado e no desenvolvimento de competências (HAMMERSCHMIDT, 2011).

Dentre as gerontotecnologias cuidativo-educacionais presentes na literatura nos últimos 10 anos, apresentam-se as desenvolvidas para pessoas idosas/familiares em condições de DCNTs e neurodegenerativas, as quais foram adaptadas dos preceitos do Grupo de Ajuda Mútua (GAM) (PELZER, 2005; MEIRA et al., 2008; SENA et al., 2010). O GAM pode ser pensado como uma gerontotecnologia de grupo, formado por pessoas que vivenciam realidades semelhantes, como familiares de pessoas com a DA, por exemplo. Caracteriza-se como um espaço de excelência para a compreensão acerca da doença e para o suporte social, auferindo bem-estar às pessoas que dele participam, além de possibilitar uma atuação mais flexível por parte do profissional de saúde (SENA et al., 2010).

Esse ambiente grupal pode influenciar na forma como os familiares/cuidadores reformulam o próprio conceito e seu processo de autocuidado e cuidado à pessoa idosa com a DA. Nos grupos ocorre o compartilhamento de saberes, o que contribui para que seus participantes compreendam semelhanças e (re)elaborem maneiras de conhecer a si e ao outro,

facilitando o processo de viver em um contexto muitas vezes desconhecido e incerto, como em uma re ligação subjetiva e hologrâmica (BARROS, 2012).

Salienta-se a necessidade de um investimento por parte dos profissionais, em especial do enfermeiro e das instituições de ensino e saúde, no desenvolvimento desse modelo de tecnologia, tendo em vista sua contribuição à saúde das pessoas idosas/famílias (ILHA et al., 2012; ILHA et al., 2013), conforme prática vivenciada no AMICA.

2.3 GRUPO AMICA: (GERONTO)TECNOLOGIA CUIDATIVO-EDUCACIONAL COMPLEXA

O cuidado é um processo dinâmico e multidimensional, no qual emerge a necessidade de interação entre quem cuida e quem é cuidado, bem como planejamento com base nos conhecimentos técnico-científicos adequados e adaptados para a realidade da pessoa idosa e de sua família (GONÇALVES et al., 2014). No processo dinâmico, de integração das multidimensões do viver humano, se insere a Enfermagem gerontogeriatrica com vistas a promover o viver saudável, valorizando as capacidades potenciais da pessoa idosa. Procura meios e recursos possíveis para a evolução contínua do desenvolvimento pessoal com vistas à melhora do cuidado e autocuidado (GONÇALVES et al., 2014).

Tal processo de cuidar consiste em considerar a pessoa idosa em seus aspectos biopsicossociais, políticos e espirituais, valorizando suas vivências na família e comunidade (GONÇALVES et al., 2014). Essa maneira de pensar na pessoa como ser humano multidimensional e parte de um sistema maior, que, nesse caso, envolve a família e a comunidade, está de acordo com o pensamento complexo que conduz à visualização do todo, no interior de suas partes, bem como em levar em consideração a sua complexidade como ser humano em seu aspecto biológico e cultural (MORIN, 2010a).

Essa compreensão do ser humano, a partir do pensamento complexo, desafia os profissionais a buscarem formas diferenciadas de atuação para dar conta de atender as reais necessidades do contexto atual, que vem sendo marcado pelas contínuas e rápidas mudanças (BACKES et al., 2012). A compreensão de tal realidade, somada ao aumento do número de pessoas idosas e das DCNTs, em especial a DA, tem conduzido tentativas de abordagens gerontotecnológicas com foco nas vivências das pessoas idosas e família.

O grupo AMICA é um ambiente de educação e de cuidado aos familiares/cuidadores de pessoas com DA. O ambiente pode ser visto como um ecossistema composto por uma comunidade de organismos, dentre os quais se inserem os seres humanos (SANTOS;

SIQUEIRA; SILVA, 2009). No ambiente, a saúde depende, dentre outros fatores, do equilíbrio dinâmico de todos os elementos constituintes do ecossistema, uma vez que todos os elementos que neste habitam interdependem, se inter-relacionam, exercem interações e influenciam-se mutuamente, sendo capazes de transformá-lo, por meio das diversas possibilidades que surgem dessa dinâmica (ZAMBERLAN et al., 2013).

O ambiente do grupo AMICA contribui para que os familiares/cuidadores compreendam o contexto incerto e, por vezes, desconhecido em que se encontram, a partir da convivência e identificação de semelhanças com o outro. Um processo de identificação com o outro comporta a projeção de cada ser humano no outro, destacando a intersubjetividade circular existente, a partir das interações que os seres humanos produzem na sociedade, que, quando emerge, produz a humanidade desses seres humanos, denotando uma contínua recursividade entre eles (MORIN, 2010a).

A relação do ser humano com o ambiente, portanto, não pode ser concebida de forma reducionista e disjunta, pois o ser humano emerge e distingue-se pela cultura, pensamento e consciência. Assim, torna-se necessário visualizá-lo em suas características biológicas e sociais (MORIN, 2010b). Para compreensão do funcionamento desse ambiente grupal, como uma gerontotecnologia cuidativo-educacional complexa, apresentar-se-á a seguir, uma contextualização histórica do AMICA; a sua dinâmica complexa de trabalho e algumas conquistas do mesmo como (geronto)tecnologia cuidativo-educacional complexa.

A proposta para a construção do AMICA surgiu da repercussão de um trabalho final de graduação (TFG) do curso de Nutrição, que teve início no mês de dezembro do ano de 2006. Essa pesquisa teve por objetivo avaliar a quantidade de alimentos antioxidantes ingeridos por filhos de pessoas com a DA (FERNANDES, 2006). O TFG deu origem a uma grande pesquisa sobre o tema, a qual teve uma relevância e divulgação de ampla abrangência, chegando ao conhecimento da sub-setorial da Associação Brasileira de Alzheimer (ABRAz), em Santa Maria, no Rio Grande do Sul (RS).

Após alguns meses, a Pró-Reitoria de Extensão da IES da qual se originou o TFG foi procurada pela representante da ABRAz, que, na ocasião, propôs uma parceria, a fim de construir um espaço para encontros com os cuidadores das pessoas com a DA, uma vez que na referida cidade não havia nenhuma iniciativa voltada a esse público. A partir do aceite da IES, firmou-se a parceria por meio da elaboração de um Projeto de Extensão denominado AMICA, iniciando suas atividades no ano de 2007, sob a liderança da Professora Nutricionista Tereza Cristina Blasi, que foi a orientadora do TFG que originou o projeto supracitado.

Desde a data de sua criação, o AMICA conta com a participação de docentes e discentes dos cursos de Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Nutrição, Odontologia, Psicologia e Terapia Ocupacional (ILHA et al., 2015a). Considerado uma atividade permanente de extensão, o AMICA tem como objetivo principal prestar assistência ampla aos cuidadores, debatendo assuntos do cotidiano relacionados à DA, auxiliando-os na compreensão desta patologia, bem como na melhoria da QV de ambos (pessoa idosa com DA e familiares/cuidadores) (ILHA et al., 2012; ILHA et al., 2013; ILHA et al., 2015a).

Esse processo é possível por meio da interação e inter-relação que possibilita a reciprocidade entre os cuidadores, docentes e discentes, bem como troca de ideias e de interatividade, o que tem contribuído à tríade ensino, pesquisa e extensão, na realidade investigada (ILHA et al., 2012). Tal processo, realizado de forma planejada e circular, repercute na educação para o cuidado da pessoa idosa com DA/familiares e no cuidado à pessoa idosa propriamente dita. Dessa construção, foram/vêm sendo desenvolvidas várias pesquisas demonstrando a contribuição desse grupo, tanto para os familiares cuidadores, quanto para os docentes e discentes participantes do mesmo (ILHA et al., 2010; ILHA et al., 2012; ILHA et al., 2013; SANTOS; ZAMBERLAN; LIMBERGER, 2013; ILHA et al., 2014; ILHA et al., 2015a).

Aproximadamente 70 discentes já passaram por essa atividade permanente de extensão. Em 2016, participam 27 discentes e 10 docentes, que buscam fazer o possível para fortalecer a abordagem inter-multidi-trans-meta-disciplinar na construção e produção coletiva do conhecimento no grupo.

Os encontros do AMICA ocorrem semanalmente com a presença dos docentes e discentes; em uma semana com o objetivo de planejar as atividades a serem desenvolvidas e, na outra, o encontro conta com a participação dos familiares/cuidadores das pessoas com a DA no desenvolvimento das atividades propostas. Em cada encontro, os discentes e docentes realizam a mediação das atividades, com tema e objetivos propostos pelos mesmos em socialização com os familiares/cuidadores. Nessas atividades são discutidos, de forma dinâmica, temas diversos acerca da DA no contexto familiar e social; sobre o cuidado da pessoa idosa com a DA e da importância do autocuidado como cuidador/familiar, entre outros.

As atividades são desenvolvidas de forma conjunta, de maneira que duas ou três áreas profissionais estruturam a atividade do encontro, compartilhando-as com o restante do grupo de docentes e discentes, que estão integrados a uma atividade extensionista que trata de um tema relevante. Ao mesmo tempo, podem perceber, participar, planejar e realizar ações de

educação e de saúde, configurando uma atividade de ensino e de cuidado consistente, que vai além das questões técnicas sobre a DA. A integração das diferentes áreas de conhecimento promove o planejamento e a realização de atividades de forma inter-relacionada, o que estimula a articulação dos núcleos de conhecimento, ampliando a percepção do cuidado, tanto pelos docentes, discentes, como pelo familiar/cuidador.

Evidencia-se que tem ocorrido um movimento de reforma do pensamento, privilegiando um pensamento do contexto e do complexo, que tem substituído a causalidade linear e unidirecional, por meio da visualização das multidimensões, ao mesmo tempo em que permite visualizar as singularidades das partes existentes no todo complexo (MORIN, 2010a). É justamente por meio da complexidade da interligação dos conhecimentos entre os docentes, discentes e os familiares/cuidadores, que ocorre o processo cuidativo-educacional complexo para todos os envolvidos, uma vez que, por meio dessa construção de múltiplos fios que são tecidos juntos, se dá a consolidação do grupo, compreendido, neste estudo, como uma (geronto)tecnologia de educação e de cuidado no contexto da DA.

Essa vivência é importante para os docentes e discentes da área da saúde como profissionais e futuros profissionais que devem estar preparados para atuar em diferentes setores e atividades que contemplem a saúde das pessoas/famílias e comunidade. Estudo realizado, com o objetivo de identificar a contribuição do grupo AMICA no cotidiano de familiares/cuidadores de pessoas com DA, docentes e discentes da área da saúde, demonstrou ser positiva a participação dos docentes e discentes no grupo, no que se refere ao cuidado da pessoa idosa/família com DA, pois auxiliou os processos adaptativos dos familiares, estimulando-os a valorizar mais o estar junto, o cuidar e o dialogar (ILHA et al., 2013).

O estudo evidenciou, ainda, que o grupo caracteriza-se como um importante aliado no processo de ensino, pois as trocas de experiências entre discentes, docentes e familiares/cuidadores proporcionam um ambiente terapêutico e de aprendizagem. A convivência e os relatos dos cuidadores podem resultar em novos saberes, muitas vezes diferentes daqueles construídos na universidade. A articulação dos diferentes saberes (científico e senso comum) proporciona um olhar singular no processo de formação dos profissionais e futuros profissionais da saúde, possibilitando o crescimento pessoal e profissional de ambos (ILHA et al., 2013).

Corroborando com esses dados, apresenta-se outro estudo, realizado no AMICA com o objetivo de descrever as relações complexas vivenciadas por um grupo de docentes da área da saúde direcionadas aos familiares cuidadores de pessoas idosas com a DA. Nesse, a interdisciplinaridade foi mencionada pelos docentes como uma potencialidade, uma vez que

permite a integração de saberes entre os docentes de diferentes formações e o saber dos familiares/cuidadores (ILHA et al., 2015b). Fato que vem ao encontro do pensamento complexo, que compreende a interdisciplinaridade como a troca de cooperação entre as disciplinas (MORIN, 2010a).

O pensamento complexo propõe, ainda, a meta-disciplinaridade como a interligação de saberes que ao mesmo tempo possuem a capacidade de atuarem juntos, ampliando conhecimentos acerca de determinado fenômeno, mas também concebe a necessidade de manterem-se as singularidades disciplinares (MORIN, 2010a). Tal pensamento parece já estar ocorrendo no grupo, pela troca de conhecimento entre os docentes e os familiares cuidadores. A interligação entre o conhecimento científico e do senso comum, adquirido por meio de experiências vivenciadas no dia a dia de cuidados à pessoa idosa com a DA (ILHA et al., 2015b), considerando as várias dimensões humanas.

As dimensões apresentadas, na perspectiva da complexidade, como individual, social, biológica, econômica e psicológica, formam o ser humano, como o homem unidual, totalmente biológico e ao mesmo tempo cultural (MORIN, 2010b). O AMICA oportuniza a possibilidade de um maior conhecimento acerca da doença, a interligação entre a teoria e a prática, a construção de olhar diferente para a pessoa idosa com a DA e para os seus familiares/cuidadores em suas diferentes dimensões.

Esse olhar para as diversas dimensões humanas se faz necessário quando se pensa no cuidado na perspectiva da complexidade, pois, ao contrário de um sistema simples, o cuidado, nessa perspectiva, tem muitas partes/dimensões que interagem entre si. Nesse processo sistêmico, no qual as diferentes partes/dimensões constituem o todo, o movimento é gerado e dinamizado pelo modo como estas interagem (ILHA et al., 2015b). Quanto mais intensas as relações, interações e associações no processo de cuidado, maiores serão as possibilidades de diálogo criativo e, por conseguinte, o aprofundamento e a qualidade do cuidado (DIEL et al., 2010).

Pensar no familiar/cuidador de uma pessoa com DCNT que se apresenta a um grupo de docentes e discentes da saúde em uma condição de vulnerabilidade requer níveis de compreensão, acolhimento, escuta qualificada e vínculos de confiança intersubjetivos, sustentados à luz de referenciais que concebem as múltiplas inter-relações e interconexões que envolvem o processo saúde/doença. Necessita, ainda, que o docente e discente repensem o novo, ampliem horizontes, estejam abertos às novas experiências, novos conhecimentos e novas formas de aprender e ensinar a (re)construir (ILHA et al., 2013). Torna-se importante e necessário ampliar o conhecimento produzido no grupo para o alcance de outras pessoas que

convivem no contexto da DA e da sociedade como um todo, rompendo estigmas e preconceitos ainda existentes (ILHA et al., 2015).

Em outro estudo realizado no AMICA, os autores questionaram se este tem conseguido alcançar seu objetivo de proporcionar melhoria na qualidade de vida dos familiares/cuidadores das pessoas com a DA. Os resultados evidenciaram que os cuidadores reconheciam a importância da participação no AMICA para o auxílio na QV. Relataram que, por meio do grupo, recebiam orientações de forma clara e objetiva, com uma linguagem de fácil assimilação ao senso comum. A participação dos graduandos dos cursos da saúde foi vista de forma positiva pelos familiares no que se refere ao diálogo que resulta em orientações e maior compreensão sobre a importância do autocuidado, contribuindo em uma melhoria da QV (ILHA et al., 2012).

A questão descrita corrobora com o fato de que o graduando, independente da área de atuação, consegue estabelecer, por meio da comunicação, um viés transformador. As ações educativas promovidas pelo grupo de docentes e discentes constituem práticas metadisciplinares no ensino. São realizadas de maneira dialógica com os saberes e culturas, permitindo ampliar a capacidade de conhecer a realidade e intervir com responsabilidade sobre ela, na garantia de vida com qualidade para todos, principalmente, os familiares cuidadores e a pessoa idosa com a DA.

Observa-se que, no AMICA, ocorre a comunicação de tripla via, caracterizada pelo contato entre os familiares/cuidadores, docentes e discentes das áreas da saúde, integrantes do projeto, oportunizando o estabelecimento de diálogos de saberes, resultando em maior compreensão sobre a doença. Nesse constructo, o saber dos graduandos e dos profissionais de saúde une-se aos adquiridos pelos familiares no processo de cuidar (ILHA et al., 2012). Os graduandos possuem a oportunidade de compreender mais sobre a doença e apoiar os cuidadores através do convívio com os mesmos; compreender a realidade dos familiares e poder construir conhecimentos científicos sobre a DA (ILHA et al., 2010).

Defende-se a importância dessa vivência para os docentes, os discentes dos cursos da área da saúde, em especial para o curso de enfermagem, e para os familiares/cuidadores, pois o saber profissional, seja da clínica ou outros saberes, permite inferir que as reuniões em grupo preconizam uma tecnologia diferente das evidenciadas como aparelhos e equipamentos. O ambiente de formação dos profissionais da saúde/enfermagem deve ser um espaço no qual os futuros profissionais sejam sensibilizados e conscientizados para o aprendizado sistêmico que envolve os diversos aspectos da vida humana. Nesse ambiente, faz-se necessária a

contextualização dos saberes, conhecimentos e práticas relacionados ao processo saúde/doença como um todo, de forma integrada (BACKES et al., 2011).

Corroborando com esse pensar, percebe-se que as atividades desenvolvidas no AMICA voltadas para educação com os discentes proporcionam um olhar singular à pessoa idosa e sua família. Um atendimento complexo, auxiliando no cuidado, por meio da promoção da saúde dos familiares/cuidadores a fim de auxiliar na melhoria da QV da pessoa idosa com DA.

A estrutura do grupo pode ser um instrumento de viabilização do processo de ensino e aprendizagem do binômio profissional de saúde-indivíduo, capaz de resultar em importantes estratégias para desencadear a educação em saúde, que favorece a contextualização e a coparticipação das pessoas envolvidas, reforçando a ideia de que o grupo é uma tecnologia propulsora da aprendizagem dos graduandos na educação em saúde (DALL'AGNOL et al., 2007; ILHA et al., 2010) que reflete diretamente no cuidado à pessoa idosa com a DA.

Os grupos multidisciplinares voltados aos cuidadores/familiares de pessoas idosas com DA podem contribuir e desempenhar papéis relevantes no processo de formação dos profissionais da área da saúde, com um vasto conhecimento na área da Gerontogeriatrics, pois fortalecem competências profissionais quando orientam familiares e cuidadores, realizam grupos de apoio, visitas domiciliares e consultas de enfermagem e de outras áreas, pautadas na utilização de instrumentos que avaliem a condição cognitiva e funcional das pessoas idosas com a DA. Esse processo caracteriza-se como ponto de partida para um programa de atendimento e avaliação da sobrecarga do cuidador, acrescentando aos futuros profissionais de saúde um amplo e novo conhecimento a respeito dessa experiência (ILHA et al., 2010).

Pensa-se no grupo AMICA como uma gerontotecnologia educativa e de cuidado, ao mesmo tempo, pois promove/estimula o ensino-aprendizagem dos familiares/cuidadores, dos docentes e discentes da área da saúde, acerca da DA, de maneira singular e também com vistas à multidimensionalidade que ela envolve, ao mesmo tempo em que se promove o cuidado dos familiares/cuidadores de pessoas idosas com a DA. O conhecimento construído no grupo potencializa um melhor cuidado à pessoa idosa, seja por parte do familiar/cuidador no dia a dia de cuidados ou dos profissionais de saúde, que, ao participarem do grupo e das visitas domiciliares, constroem um saber próprio e consistente acerca do cuidado multidimensional a essa população.

O cuidado multidimensional necessita ser discutido/rediscutido, avaliado/reavaliado durante todo o processo de cuidar/gerenciar/educar, auxiliado pelas tecnologias. O Enfermeiro pode se beneficiar das tecnologias no âmbito laboral, mas terá de desenvolver novas

tecnologias de cuidado, que promovam a inter-relação das diversas dimensões de cuidado, não separando, mas aproximando, somando, unindo os diversos saberes e tecnologias para a integração das partes em um todo e para o conhecimento do todo através das partes (BAGGIO; ERDMANN; DAL SASSO, 2010)

É com base nessa forma de pensar que o grupo AMICA tem (re)avaliado e sido (re)construído ao longo dos 10 anos de existência, por meio da interligação dos diversos saberes dos docentes, discentes e dos familiares/cuidadores que, somados, formam o cuidado complexo e multidimensional à pessoa idosa/família. Essa interligação dos saberes proporciona a compreensão desse grupo como uma (geronto)tecnologia complexa, conforme o conceito apresentado na introdução, construído para esta pesquisa, qual seja: *“todo o produto, processo, estratégias, serviço e/ou conhecimento, com a finalidade cuidativo-educacional da pessoa idosa e de seus familiares/cuidadores, fruto de uma construção/vivência coletiva complexa, que valorize as relações, interações e retroações dos envolvidos, por meio do conhecimento inter-multi-trans-meta-disciplinar”*.

Dessa (geronto)tecnologia cuidativo-educacional denominada AMICA são promovidas novas gerontotecnologias de educação e de cuidado à pessoa idosa/família, seja pelos docentes e discentes e/ou pelos familiares individualmente ou pelo grupo como um todo. Dentre as iniciativas do grupo na construção de gerontotecnologias cuidativo-educacionais, salienta-se a publicação de um material denominado “Doença de Alzheimer: guia prático multidisciplinar para os cuidadores” (BLÜMKE; FILIPPIN; BLASI, 2013).

Essa (geronto)tecnologia é fruto da construção coletiva dos docentes e discentes da área da saúde participantes do AMICA; traz orientações importantes sobre DA, entre elas: o conceito da DA, como afeta o sistema nervoso; sua ocorrência na população; os sintomas da DA; o diagnóstico; o tratamento com foco na abordagem multidisciplinar. Apresenta, ainda, orientações de cuidados multidisciplinares em cada fase da doença (dicas gerais; de alimentação; terapia medicamentosa; higiene corporal e bucal; cuidado físico-funcional, entre outros).

Em 2010, sentiu-se a necessidade de expandir o cuidado, que até então era voltado “apenas” aos familiares/cuidadores, e conhecer de perto a realidade vivenciada por cada pessoa idosa/família, o que levou os docentes e os discentes a realizarem visitas domiciliares, agendadas previamente com os familiares/cuidadores. Nas visitas, são realizadas observações, esclarecimentos e orientações de toda natureza acerca do cuidado e autocuidado no ambiente domiciliar.

Compreendendo que o grupo necessitava acompanhar os avanços tecnológicos e se utilizar de todas as ferramentas de socialização e divulgação de conhecimentos, no ano de 2013 foram criadas uma página e uma comunidade do grupo AMICA no Facebook, local que serve de socialização de materiais diversos sobre a DA, divulgação de eventos científicos da área da gerontogeriatría, bem como das atividades desenvolvidas no AMICA.

Em meados de maio de 2015 foi realizada, após meses de preparação, a primeira etapa do curso para cuidadores de pessoas idosas com a DA, sob financiamento próprio do AMICA, em parceria com o Centro Universitário Franciscano. Nessa ocasião, foram disponibilizadas 100 vagas para a população geral e para graduandos dos cursos das áreas da saúde e áreas afins, sendo todas elas preenchidas. Embora todos os representantes do AMICA tenham atuado, os cursos de Enfermagem e Nutrição foram os que mediaram diretamente as atividades, com o objetivo geral de sensibilizar acadêmicos e cuidadores de pessoas idosas para o cuidado no contexto da DA. E objetivos específicos de demonstrar/esclarecer sobre cuidados importantes à pessoa idosa com DA e realizar orientação nutricional nas diversas fases da doença (UNIFRA/AMICA, 2015).

Após um trabalho contínuo de nove anos, em 2015 os integrantes sentiram a necessidade de expandir os horizontes e aprovaram o AMICA como um Programa de Extensão Universitária, conforme Edital do Ministério da Educação (MEC) (PROEXTI, 2015), o que permitiu ampliar as atividades do grupo para outras regiões. Assim, no mês de junho de 2015, o curso de Psicologia realizou a primeira atividade, nessa modalidade, na cidade de São Pedro do Sul.

Em maio de 2016 foi realizada a segunda etapa do curso, com a mediação do curso de Farmácia e com um convidado do curso de Direito. Dessa vez, foram disponibilizadas 200 vagas e novamente todas foram preenchidas. Na ocasião foram trabalhados os assuntos: tratamento farmacológico, acesso a terapia medicamentosa e orientações legais para cuidadores de pessoas idosas com a DA (UNIFRA/AMICA, 2016a).

Em outubro de 2016 foi realizada a terceira etapa do curso, com a mediação dos cursos de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. O curso teve o objetivo de capacitar cuidadores nos cuidados com pessoas idosas com a DA; promover orientações para manutenção da saúde cinético-funcional de pessoas com a DA, considerando as diferentes fases da doença, e promover orientações para facilitar o cotidiano de cuidadores e de pessoas com a DA (UNIFRA/AMICA, 2016b). Tais iniciativas vêm demonstrando o compromisso do grupo como uma (geronto)tecnologia de educação em saúde, com vistas a um melhor cuidado à pessoa idosa com DA/família.

A educação é entendida como um fenômeno social e universal, sendo uma atividade humana necessária à existência e ao funcionamento de toda a sociedade. A sociedade, por sua vez, precisa cuidar da formação de seus indivíduos, auxiliando-os no desenvolvimento de suas capacidades físicas e espirituais, e prepará-los para a participação ativa e transformadora nas várias instâncias da vida social. A educação não é apenas uma exigência da vida em sociedade, mas também é o processo para prover os sujeitos do conhecimento e das experiências culturais, científicas, morais e adaptativas que os tornam aptos a atuar no meio social, mundial e planetário, ou seja, ela depende da união dos saberes (MORIN, 2011a).

A educação em saúde, nesse sentido, pode ser pensada como um processo dinâmico que propõe a reflexão crítica de indivíduos ou comunidade sobre seus problemas de saúde, a fim de se constituírem como sujeitos ativos, com potencial para desenvolverem sua capacidade de serem corresponsáveis pelo processo saúde/doença, que valoriza os saberes, o conhecimento prévio da população, e não somente o conhecimento científico (FALKENBERG et al., 2014).

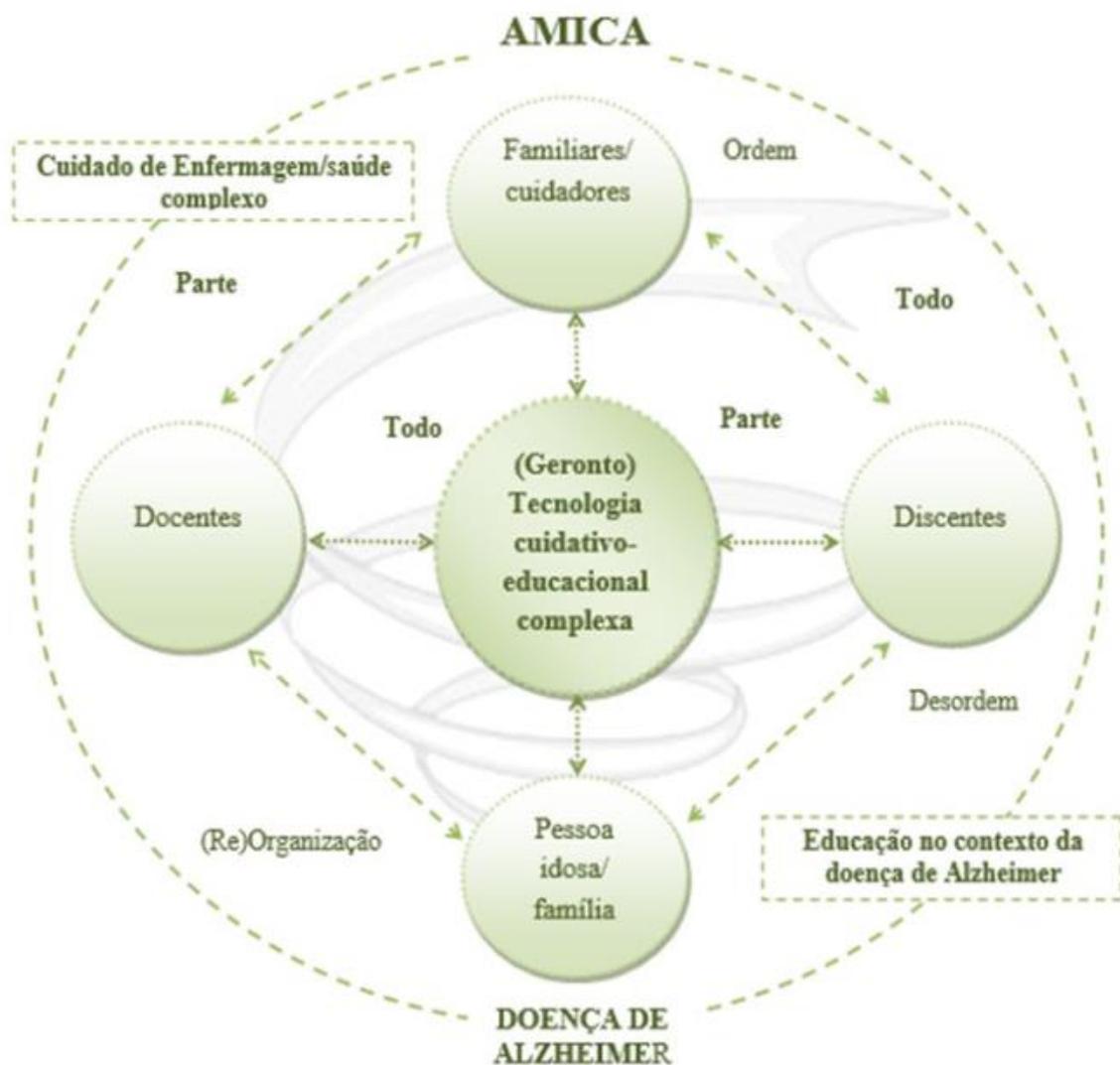
Para se alcançar esse objetivo, se faz necessário o desenvolvimento de um pensar crítico e reflexivo, permitindo desvelar a realidade e propor ações transformadoras que levem o ser humano à sua autonomia e emancipação como sujeito histórico e social, capaz de propor e opinar nas decisões de saúde para cuidar de si, de sua família e de sua coletividade (MACHADO et al., 2007).

Ao longo desses 10 anos de atividades do AMICA, foram produzidas várias pesquisas científicas com vistas à socialização e à divulgação de resultados encontrados por meio desta atividade que valoriza a interligação dos saberes (científico e popular). Entre as produções, destacam-se mais de 40 trabalhos apresentados em congressos, a publicação de 11 artigos em periódicos científicos indexados na área da enfermagem/saúde (ILHA et al., 2010; ILHA et al., 2012a; ILHA et al., 2012b; ILHA et al., 2013; SANTOS; ZAMBERLAN; LIMBERGER, 2013; ILHA; BACKES, 2014; ILHA et al., 2014; OLIVEIRA; CASSALES, 2014; ILHA et al., 2015a; ILHA et al., 2015b; ILHA et al., 2016); um capítulo de livro (ILHA et al., 2015); cinco TFGs (ILHA, 2011; RODRIGUES, 2011; SANTOS, 2012; TAVARES, 2014; OLIVEIRA, 2016); duas monografias de pós-graduação *latu senso* e uma dissertação de mestrado (ILHA, 2013).

2.4 MODELO TEÓRICO DA PESQUISA

O modelo teórico demonstra a complexidade do grupo AMICA como uma (geronto)tecnologia cuidativo-educacional que contempla todas as partes envolvidas. A circularidade inter-multi-trans-meta-disciplinar existente entre o conhecimento dos familiares/cuidadores, docentes e discentes forma um saber complexo da realidade vivenciada pela pessoa idosa/família com a DA. Nesse movimento circular, é possível reconhecer o antagonismo e a complementaridade da ordem e da desordem, como propulsores de constantes (re)organizações no contexto vivenciado. Ao mesmo tempo, possibilita visualizar o todo e as singularidades das partes envolvidas.

Figura 1 – Modelo teórico da pesquisa



Fonte: Autoria própria, 2015.

3 (INTER)RELAÇÃO DA COMPLEXIDADE AO PERCURSO METODOLÓGICO

“A teoria não é nada sem o método [...] teoria e método são os dois componentes indispensáveis do conhecimento complexo. O método é a atividade pensante do sujeito.” (MORIN, 2010b, p. 337)

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa exploratória, descritiva, de abordagem qualitativa, que possui como fio condutor a Complexidade de Edgar Morin. A escolha do referencial da Complexidade ocorreu da possibilidade de pensar nos conceitos, sem considerá-los concluídos, e de compreender a multidimensionalidade dos fenômenos a partir da singularidade e das possíveis interações, relações e associações (MORIN, 2008).

A pesquisa qualitativa não pretende testar hipóteses para comprová-las ou refutá-las. Objetiva, ao final da pesquisa, a compreensão e reconstrução de conhecimentos existentes sobre temas investigados (MORAES; GALIAZZI, 2011). O caráter exploratório visa proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a desenvolver, esclarecer, modificar conceitos e ideias para estudos posteriores, torná-lo mais explícito. Já o caráter descritivo tem como objetivo primordial a descrição das características de determinadas populações ou fenômenos, por meio da precisão dos detalhes (DESLAURIERS; KÉRISIT, 2008).

Uma teoria não é o conhecimento, mas ela permite o conhecimento, não é uma chegada, é a possibilidade de uma partida, nem tampouco é uma solução, mas a possibilidade de tratar de um problema (MORIN, 2010b). Assim, o referencial da Complexidade foi escolhido para guiar o pesquisador e pesquisados a refletirem sob novas formas de articular as incertezas e desordens às novas maneiras de (re)criar os métodos para a compreensão do fenômeno. Neste estudo, o grupo de apoio a familiares/cuidadores de pessoas idosas com a DA como (geronto)tecnologia cuidativo-educacional complexa, geradora de gerontotecnologias de cuidado ao idoso/família, contextualizando as particularidades com a complexidade do real, identificando possíveis gerontotecnologias que contribuam para a prática de cuidados dos familiares/cuidadores às pessoas idosas com DA.

3.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi realizado em dois locais. Inicialmente em uma instituição privada de ensino superior – Centro Universitário Franciscano, localizado em Santa Maria, região central do Estado do Rio Grande do Sul. E, posteriormente, nas residências dos familiares/cuidadores de pessoas idosas com DA, participantes do estudo.

Tal instituição possui 61 anos de história na formação de enfermeiros e sua estrutura compreende a Administração Superior, abrangendo o Conselho Universitário, a Reitoria e a Administração Geral, formada pelas Pró-Reitorias e pelos órgãos a ela vinculados. Atualmente, mantém em funcionamento 34 cursos de graduação, sendo oito cursos da área da saúde, quais sejam: Biomedicina, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Medicina, Nutrição, Odontologia e Terapia Ocupacional. Possui também cursos de pós-graduação, incluindo doutorado, mestrado, residência multiprofissional, médica e especializações.

A justificativa pela escolha do local foi pela existência de um grupo de apoio a familiares cuidadores de pessoas idosas com Alzheimer. Esse grupo é fruto de um Projeto de Extensão denominado “Assistência Multidisciplinar Integral aos Cuidadores de Pessoas com a Doença de Alzheimer (AMICA)”. Tal projeto é desenvolvido desde o ano 2007, sob a liderança de uma docente nutricionista, em parceria com um grupo de docentes e discentes de seis cursos da área da saúde e com um docente e discentes do curso de Psicologia da própria instituição.

O número de familiares/cuidadores do grupo é variável, tendo em vista que alguns participam por um período e ausentam-se por outro por motivos diversos, entre eles, por serem os cuidadores principais da pessoa idosa com DA e não possuírem condições de se ausentarem do ambiente domiciliar. No entanto, existem cadastrados, no grupo, aproximadamente 20 cuidadores.

Em 2016, o grupo conta com a participação regular de 11 docentes com as seguintes formações: duas enfermeiras; uma farmacêutica; uma fisioterapeuta; três nutricionistas; uma odontóloga; uma terapeuta ocupacional e um psicólogo. Destes, três possuem doutorado e sete têm mestrado [doutorandos], e um possui especialização [mestrando], todos exercendo a docência no curso para o qual são formados.

Quanto aos discentes, em 2016 participam 27: seis cursando Enfermagem, dois de Farmácia, três de Fisioterapia, um de Medicina, sete de Nutrição, três de Odontologia, três de Terapia Ocupacional e dois de Psicologia. Já se formaram aproximadamente cerca de 70 profissionais que, durante o processo de formação, participaram ativamente do grupo.

Ressalta-se que esta é a instituição de origem do pesquisador e de atuação laboral e o mesmo participa do referido grupo há aproximadamente oito anos.

3.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

O presente estudo foi realizado com 13 familiares/cuidadores de pessoas idosas com a DA; sete docentes e nove discentes dos cursos das áreas da saúde e humanas, participantes do Projeto AMICA, totalizando 29 participantes. Os mesmos foram divididos em três grupos, quais sejam:

Grupo 1: familiares/cuidadores de pessoas idosas com a DA, participantes do AMICA;

Grupo 2: docentes dos cursos das áreas da saúde e humanas do Centro Universitário Franciscano, participantes do AMICA;

Grupo 3: discentes dos cursos das áreas da saúde e humanas do Centro Universitário Franciscano, participantes do AMICA.

Os critérios de inclusão para a participação dos familiares/cuidadores foram: ser familiar/cuidador de uma pessoa idosa com a DA, estar cadastrado no AMICA e estar frequentando ou já ter frequentado o mesmo por um período mínimo de seis meses. Para os docentes e discentes: ser docente ou discente de um dos cursos das áreas da saúde ou humanas citados anteriormente, e estar participando assiduamente das reuniões semanais do projeto por um período mínimo de seis meses.

Foi estipulado um período mínimo de seis meses de participação no grupo por se compreender que esse seja um período suficiente para que os participantes já tenham interagido, adquirido conhecimentos sobre a DA e compreendido a forma de atuação do AMICA, estando aptos a falar sobre as suas vivências no mesmo.

Os familiares/cuidadores e docentes e discentes foram convidados a participar do estudo durante um encontro do grupo AMICA. As pessoas que, por razões diversas, não estavam presentes foram contatadas via telefone, adquirido no registro do grupo com a autorização da líder. Foram realizadas três tentativas de contato com cada um dos participantes via telefone, durante três dias consecutivos. Aqueles com os quais não se teve sucesso de contato, foram considerados excluído do estudo.

Foram excluídos também os familiares/cuidadores que estavam cadastrados no grupo, mas que não haviam frequentado o mesmo por um período mínimo de seis meses; os docentes e discentes que participavam do grupo havia menos de seis meses, estavam afastados das atividades profissionais no caso dos docentes ou de formação no caso dos discentes, por

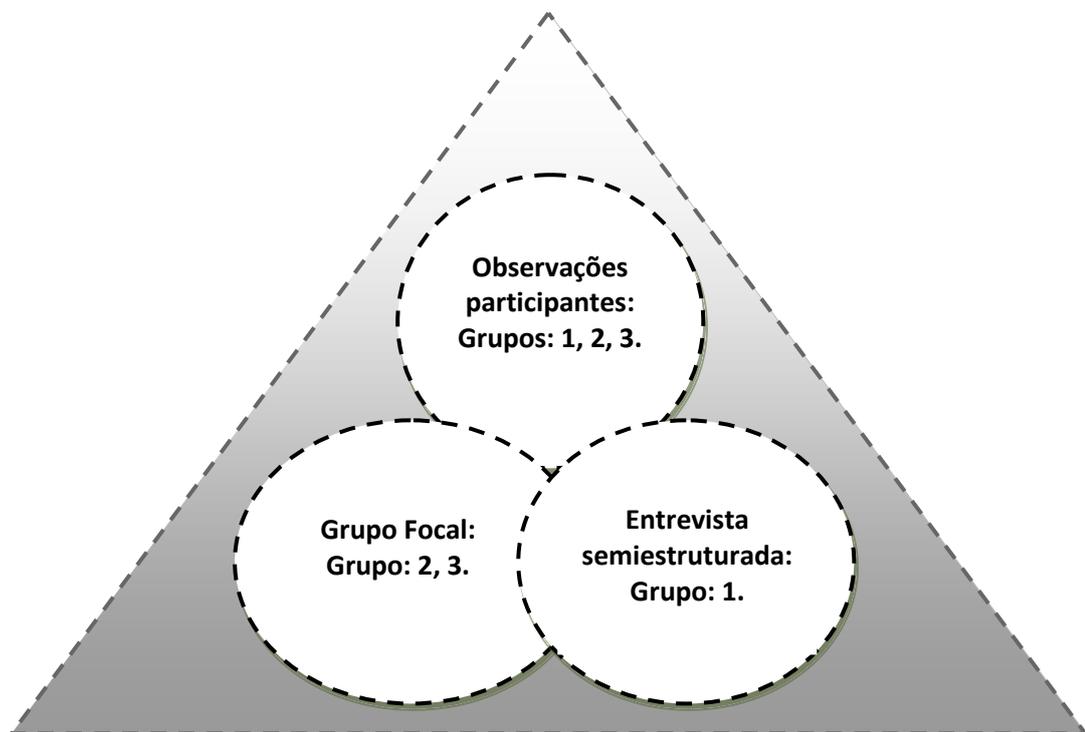
motivos diversos tais como atestado, licença-maternidade, intercâmbio acadêmico, entre outros.

3.4 COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados com base na triangulação de técnicas de pesquisa, a fim de garantir várias fontes de dados e, conseqüentemente, um acesso mais fidedigno aos mesmos. A triangulação envolve a comparação dos resultados entre dois ou mais métodos diferentes de coleta de dados. Nesse sentido, as fragilidades de um método podem ser minimizadas ou mesmo compensadas com a utilização do outro (POPE; MAYS, 2009).

Foram utilizadas como técnicas de pesquisa: Grupo Focal (GF), entrevista semiestruturada e observação participante (OP) descritas em diário de campo, conforme representado, esquematicamente, na Figura 2.

Figura 2: Representação esquemática das técnicas de coletas de dados utilizadas



Fonte: Autoria própria, 2015.

Após o aceite dos docentes e discentes, foram desenvolvidos, no período de novembro a dezembro de 2015, quatro GFs, dos quais dois com o grupo dos docentes e dois com os

discentes dos cursos das áreas da saúde e humanas. O GF se caracteriza por ser um grupo de discussão que tem potencial de dialogar a respeito de um tema particular, vivenciado e compartilhado através de experiências comuns, ao receber estímulos apropriados para o debate. A interação grupal é uma das características próprias dessa técnica, visto que a expressão coletiva serve como elemento para explorar as diversas ideias (POPE; MAYS, 2009).

Os participantes do GF apresentavam traços em comum importantes: em relação ao grupo dos docentes – serem profissionais de saúde e atuarem na mesma Instituição de Ensino Superior (IES); dos discentes: estarem realizando um curso nas áreas da saúde ou humanas na mesma IES. Além disso, havia um traço em comum a todos eles: estar participando/já ter participado do grupo de apoio AMICA. Os GFs contaram com a participação de um coordenador (pesquisador principal), com o objetivo de moderar e facilitar os debates, e com uma observadora, discente do oitavo semestre do curso de enfermagem.

Os encontros foram realizados na IES, localizada na cidade de Santa Maria, região central do Estado do Rio Grande do Sul, em uma sala própria do AMICA, com a devida autorização da líder do grupo e responsável pela sala (Apêndices A, B). Essa sala foi escolhida por possuir um amplo espaço físico, por não sofrer influência de ruídos externos, por ser confortável e poder propiciar um ambiente agradável e descontraído, e ainda pelo fato de os docentes e discentes dos cursos das áreas da saúde/humanas já conhecerem o local. A sala localiza-se no primeiro andar do prédio 17 da referida IES. As cadeiras foram dispostas em círculo, o que contribuiu para a participação e interação dos participantes, permitindo interação face a face. A seguir, apresenta-se o Quadro I, contendo a síntese dos encontros dos GFs.

Quadro I – Síntese da programação dos encontros dos Grupos Focais realizados com os docentes e discentes dos cursos das áreas da saúde/humanas

1º Encontro com docentes dos cursos das áreas da saúde/humanas	Data: 19 de novembro de 2015.	Horário: 17h00– 18h00.	Local: Sala 231; Prédio 17; UNIFRA.
	Objetivo: Dar boas-vindas aos participantes; apresentação; assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido; e conhecer a compreensão dos docentes dos cursos das áreas da saúde/humanas, participantes do AMICA, acerca das tecnologias cuidativo-educacionais e das (geronto)tecnologias de cuidado às pessoas idosas/famílias.		
2º Encontro com docentes dos cursos das áreas da saúde/humanas	Data: 2 de dezembro de 2015.	Horário: 8h00 – 9h30.	Local: Sala 231; Prédio 17; UNIFRA.
	Objetivos: Retomar a síntese do encontro anterior; identificar, na perspectiva dos docentes dos cursos das áreas da saúde/humanas, a contribuição do AMICA como uma (geronto)tecnologia cuidativo-educacional acerca do cuidado complexo à pessoa idosa/família com DA		
1º Encontro com discentes dos cursos das áreas da saúde/humanas	Data: 20 de novembro de 2015.	Horário: 17h00 – 18h30.	Local: Sala 231; Prédio 17; UNIFRA.
	Objetivos: Dar boas-vindas aos participantes; apresentação; assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido; e compreender a percepção dos discentes acerca das tecnologias cuidativo-educacionais e das (geronto)tecnologias de cuidado às pessoas idosas/famílias.		
2º Encontro com discentes dos cursos das áreas da saúde/humanas	Data: 27 de novembro de 2015.	Horário: 17h30 – 19h00.	Local: Sala 231; Prédio 17; UNIFRA.
	Objetivo: Retomar pontos destacados na síntese do encontro anterior com objetivo de aprofundar os temas trabalhados e ampliar a percepção acerca dos assuntos; identificar, na perspectiva dos discentes dos cursos das áreas da saúde/humanas, a contribuição do AMICA como uma (geronto)tecnologia cuidativo-educacional acerca do cuidado complexo à pessoa idosa/família com DA.		

3.4.1 Descrição dos encontros

Os GFs contemplaram, em todos os encontros, momentos de sensibilização, de leitura, de reflexão e discussão conjunta, além dos fechamentos/acordos. Cada encontro foi norteado por um tema específico, onde o objetivo central foi conhecer a compreensão dos docentes e discentes dos cursos das áreas da saúde e humanas, participantes do AMICA, acerca das tecnologias cuidativo-educacionais e das (geronto)tecnologias de cuidado às pessoas idosas/famílias. E identificar, na perspectiva dos mesmos, a contribuição do AMICA como

uma (geronto)tecnologia educacional acerca do cuidado complexo à pessoa idosa/família com DA. O tempo estipulado para cada encontro foi de no máximo 120 minutos.

➤ **1º Encontro com os docentes**

Data: 19 de novembro de 2015.

Horário: 17h00– 18h00.

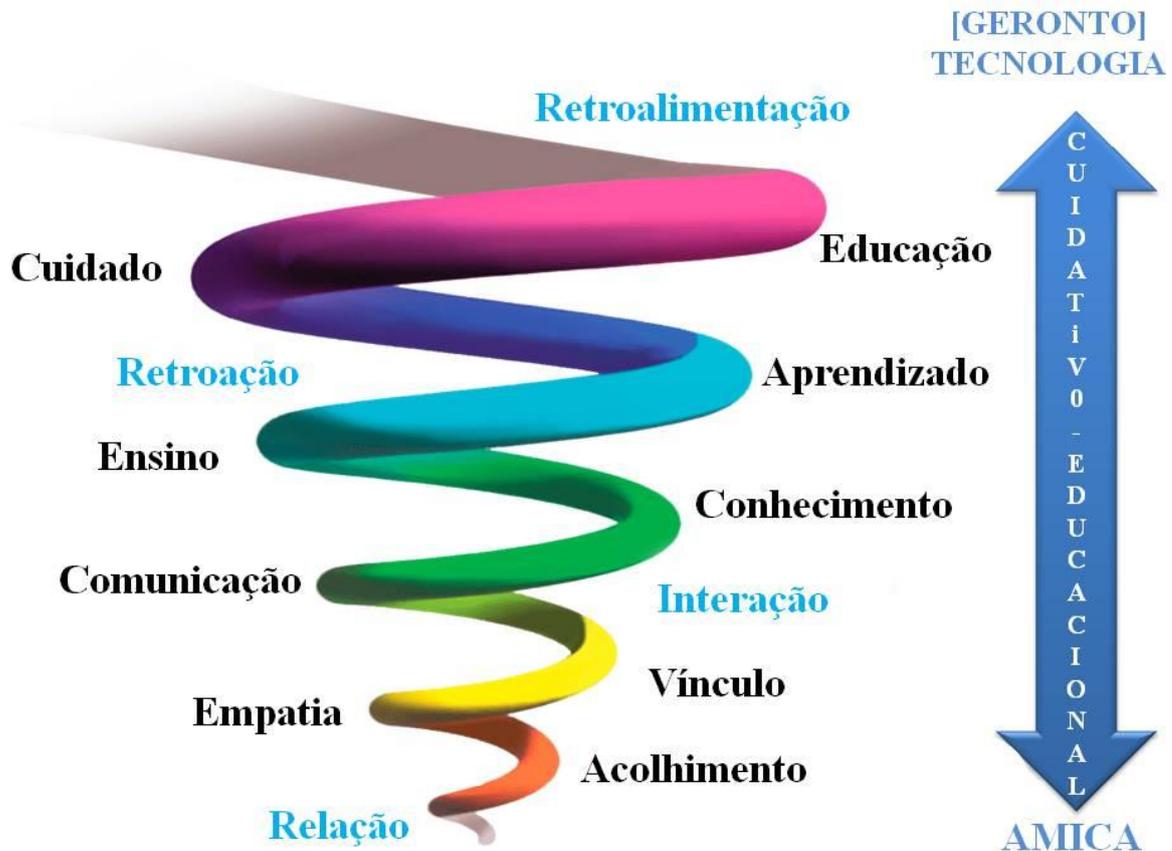
Local: Sala 231; Prédio 17; UNIFRA.

Realizou-se a abertura do primeiro encontro dando boas-vindas aos participantes; com apresentação do moderador, do observador e dos participantes do estudo; apresentação dos objetivos do estudo, do processo de coleta de dados (Grupo Focal), ressaltando a figura do coordenador e do observador, e esclarecimento de questões éticas, conforme a Resolução 466/2012. O processo de entrega e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE C), destacando a total liberdade do participante de desistir da participação no estudo em qualquer momento da pesquisa.

Esse encontro teve o objetivo de conhecer a compreensão dos docentes dos cursos das áreas da saúde/humanas, participantes do AMICA, acerca das tecnologias cuidativo-educacionais e das (geronto)tecnologias de cuidado às pessoas idosas/famílias. Para iniciar de maneira ampla a discussão grupal, primeiramente, o moderador convidou os participantes a refletirem sobre o grupo AMICA, a partir dos questionamentos: Como está sendo para você participar das atividades do AMICA? Você acredita que o grupo contribua para o processo de ensino-aprendizagem acerca do cuidado complexo no contexto da DA em pessoas idosas/famílias? Por quê? Após, os participantes foram convidados a elaborarem uma síntese dos principais assuntos abordados. Inicialmente cada participante foi convidado a registrar em uma folha de papel A4, por meio de ilustração, desenho, escrita ou outra forma que preferissem, as suas reflexões e, após, ocorreu a apresentação das mesmas ao grande grupo, momento que potencializou diálogos e reflexões coletivas acerca dos pontos discutidos.

Após, o moderador entregou aos participantes uma cartolina e canetas coloridas e os convidou a desenvolverem uma síntese coletiva do primeiro encontro, agrupando as principais reflexões do grupo. A Figura III, a seguir, representa uma estrutura complexa referente à Síntese do Primeiro Encontro do Grupo Focal com os docentes dos cursos das áreas da saúde e humanas.

Figura III - Estrutura complexa referente à Síntese do 1º Encontro do Grupo Focal com os docentes – Santa Maria/RS – 2016



Fonte: Autoria própria, 2016

➤ **2º Encontro com os docentes**

Data: 2 de dezembro de 2015.

Horário: 8h00 – 9h30.

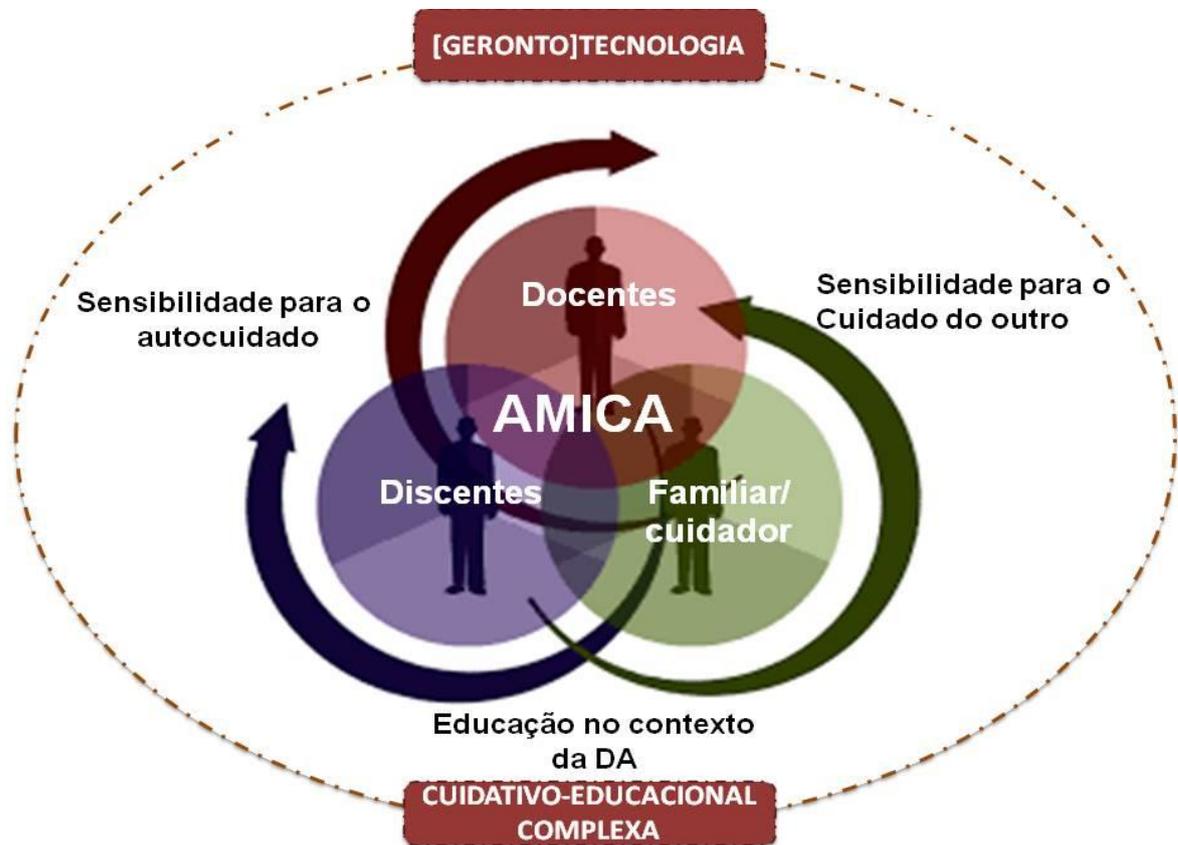
Local: Sala 231; Prédio 17; UNIFRA.

O segundo encontro com os docentes dos cursos das áreas da saúde e humanas, participantes do AMICA, teve o objetivo de identificar, na perspectiva dos mesmos, a contribuição do AMICA como uma (geronto)tecnologia cuidativo-educacional acerca do cuidado complexo à pessoa idosa/família com DA. Inicialmente apresentou-se a síntese do encontro anterior, buscando ampliar alguns pontos dialogados, dando sequência às discussões previstas para o segundo encontro. Posteriormente, o moderador entregou uma folha de papel A4 para os participantes, convidando-os a registrarem, na forma de ilustração, desenho,

escrita ou de qualquer outra forma que desejassem, o que os mesmos compreendiam por “tecnologia” e por “gerontotecnologias”. Após, o moderador entregou aos participantes umas tiras de papel A4 contendo conceitos de tecnologia e gerontotecnologias encontrados na literatura de referência e solicitou que os mesmos os abrissem e procedessem à leitura, o que gerou uma ampla discussão sobre os conceitos. Posteriormente o moderador solicitou que, se os participantes julgassem necessário, acrescentassem informações ao conceito construído anteriormente ou que os reescrevessem.

A partir disso, o moderador procedeu ao seguinte questionamento: Com base na sua resposta acerca dos conceitos anteriormente apresentados e discutidos: como você percebe o AMICA nesse contexto? Após, buscou-se ampliar conceitos com objetivo de desenvolver a compreensão do grupo como uma (geronto)tecnologia cuidativo-educacional complexa e, por fim, construiu-se coletivamente a síntese do encontro a partir dos temas trabalhados. A Figura IV representa uma estrutura complexa referente à Síntese do Segundo Encontro do Grupo Focal com os docentes dos cursos das áreas da saúde e humanas.

Figura IV - Estrutura complexa referente à Síntese do 2º Encontro do Grupo Focal com os docentes – Santa Maria/RS – 2016



Fonte: Autoria própria, 2016

➤ **1º Encontro com os discentes**

Data: 20 de novembro de 2015.

Horário: 17h00 – 18h30.

Local: Sala 231; Prédio 17; UNIFRA.

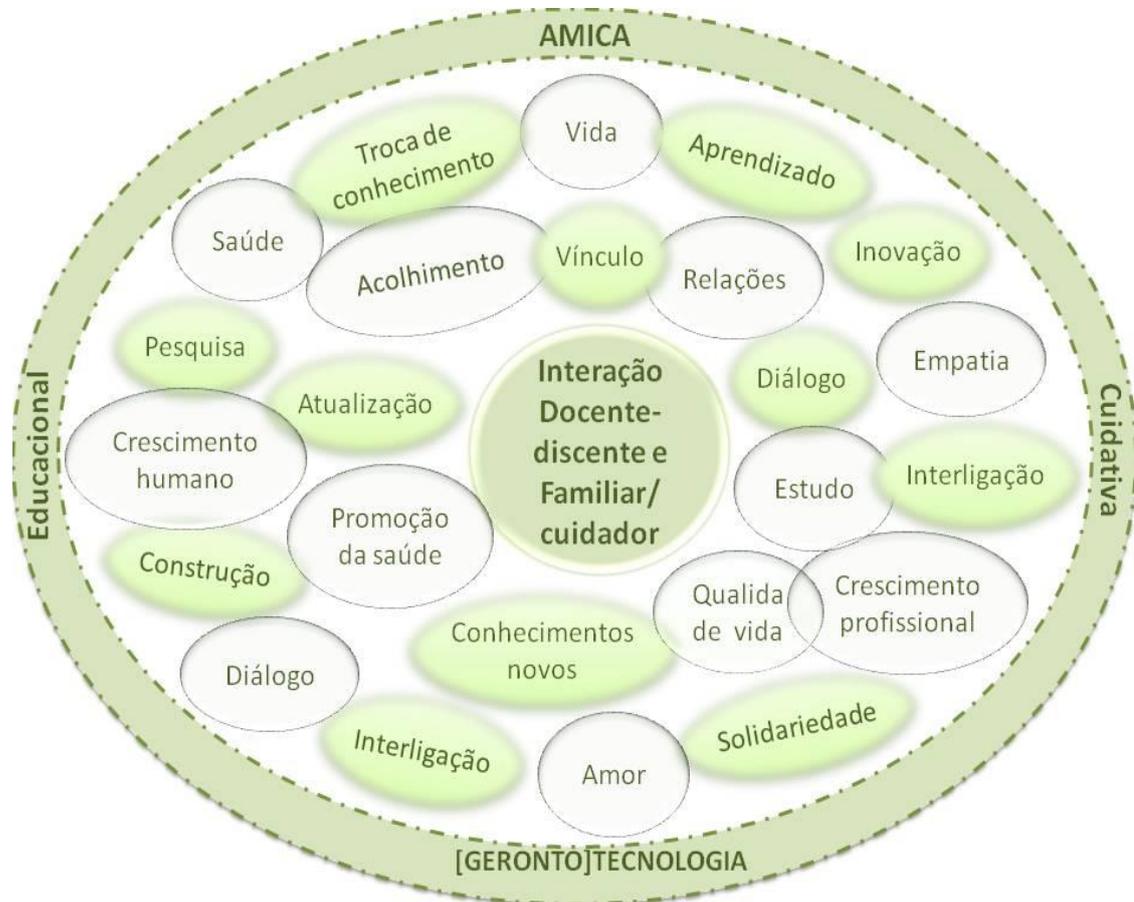
Realizou-se a abertura do primeiro encontro com os discentes dos cursos das áreas da saúde e humanas, dando boas-vindas; com apresentação do moderador, do observador e dos participantes do estudo; apresentação dos objetivos do estudo, do processo de coleta de dados (Grupo Focal), ressaltando a figura do coordenador e do observador, e esclarecimento de questões éticas, conforme a Resolução 466/2012. O processo de entrega e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE C), destacando a total liberdade do participante de desistir da participação no estudo em qualquer momento da pesquisa.

O primeiro encontro com os discentes teve o objetivo de compreender a percepção dos mesmos acerca das tecnologias cuidativo-educacionais e das (geronto)tecnologias de cuidado às pessoas idosas/famílias. E identificar, na perspectiva dos mesmos, a contribuição do AMICA como uma (geronto)tecnologia cuidativo-educacional acerca do cuidado complexo à pessoa idosa/família com DA.

Com o objetivo de ampliar a discussão, primeiramente o moderador entregou-lhes uma folha de papel A4 e os convidou a registrarem a primeira coisa que lhes viesse à mente ao pensarem no grupo AMICA. Na sequência, os participantes apresentaram os seus registros ao grande grupo, identificando semelhanças entre os sentimentos vivenciados, os quais conduziram o grupo a uma discussão coletiva acerca da contribuição AMICA no seu processo de formação. Posteriormente, o moderador instigou a discussão por meio dos questionamentos: O que levou você a participar do AMICA e o que faz com que você se mantenha no grupo? Você acredita que o AMICA contribua para o seu processo de ensino-aprendizagem acerca do cuidado complexo à pessoa idosa/família com a DA?

Após a ampliação do diálogo sobre a contribuição do AMICA no processo de formação dos participantes, os mesmos foram convidados a elaborarem uma síntese dos principais assuntos abordados no encontro. Para tanto, uma folha de papel A4 foi passando de um a um dos participantes, que foram escrevendo uma ou mais palavras que descrevessem o AMICA. Palavras ligadas à questão do cuidado e da educação foram marcantes nos registros, conforme pode-se observar na estrutura complexa representada pela Figura V.

Figura V - Estrutura complexa referente à Síntese do 1º Encontro do Grupo Focal com os discentes – Santa Maria/RS – 2016



Fonte: Autoria própria, 2016

➤ 2º Encontro com os discentes

Data: 27 de novembro de 2015.

Horário: 17h30 – 19h00.

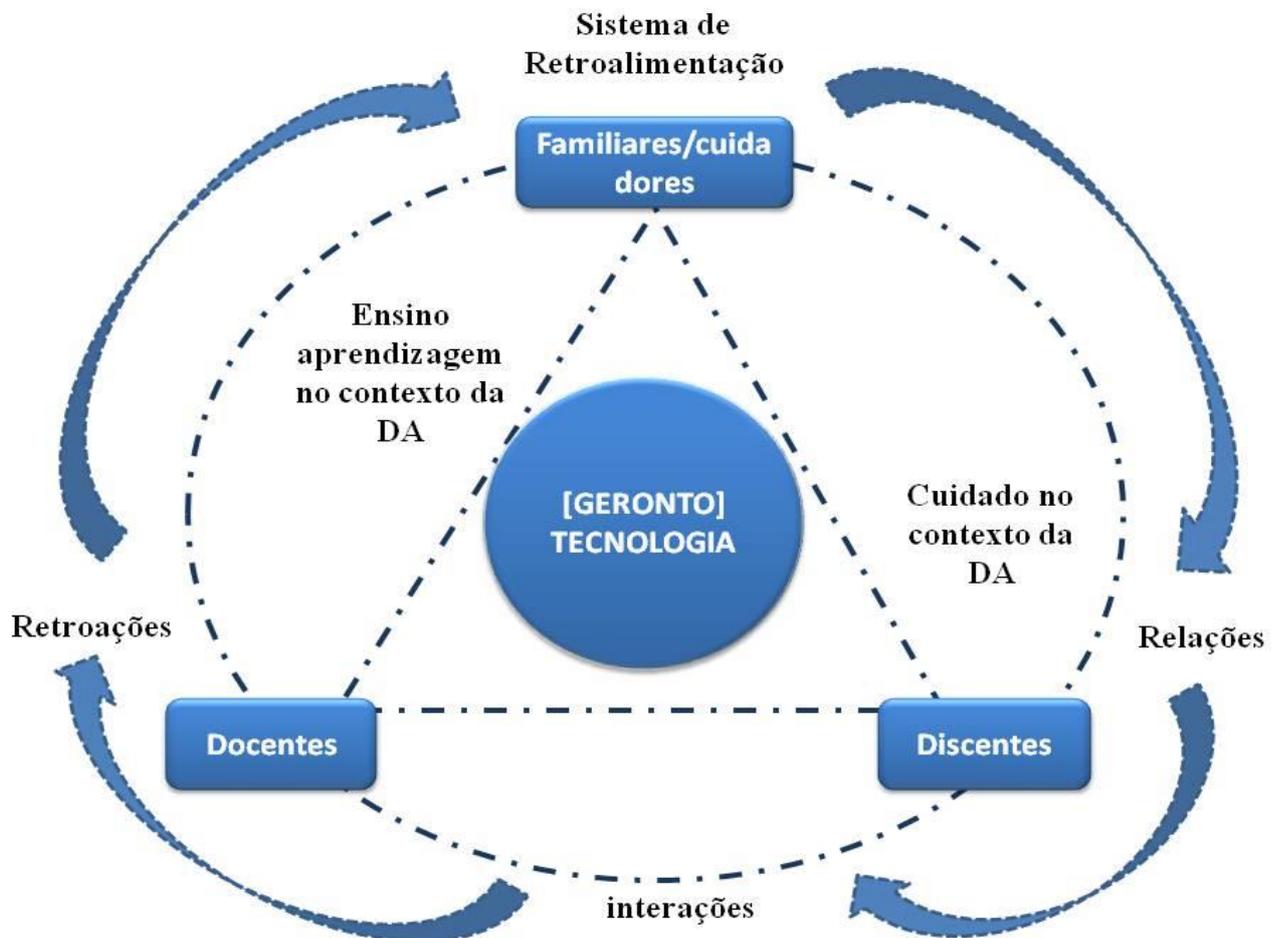
Local: Sala 231; Prédio 17; UNIFRA.

No segundo encontro, primeiramente foram retomados pontos destacados na síntese do encontro anterior, com objetivo de aprofundar os temas trabalhados e ampliar a percepção acerca dos assuntos. Após, assim como fora realizado com o grupo dos docentes, o moderador entregou uma folha de papel A4 para os participantes, os convidando a registrarem, da forma que desejassem, o que os mesmos compreendiam por “tecnologia” e por “gerontotecnologias”. Após, o moderador, convidou os participantes a realizarem a leitura de

alguns conceitos de tecnologia e gerontotecnologias encontrados na literatura de referência, o que possibilitou reflexões, seguidas de desconstruções e (re)construções dos conceitos dos participantes.

A partir disso, o moderador procedeu ao seguinte questionamento: Com base na sua resposta acerca dos conceitos anteriormente apresentados e discutidos, como você percebe o AMICA nesse contexto? As respostas conduziram o grupo a refletir sobre o processo cuidativo-educacional que ocorre a partir da participação no AMICA. Então, o moderador convidou os participantes a refletirem e dialogarem sobre os questionamentos: Em que momento ou de que forma eu percebo o processo cuidativo-educacional desenvolvido no AMICA? Após, buscou-se ampliar conceitos com objetivo de desenvolver a compreensão do grupo AMICA como uma (geronto)tecnologia cuidativo-educacional complexa e, por fim, construiu-se coletivamente a síntese (Figura VI) do encontro a partir dos temas trabalhados.

Figura VI - Estrutura complexa referente à Síntese do 2º Encontro do Grupo Focal com os discentes – Santa Maria/RS – 2016



Fonte: Autoria própria, 2016

Após essa etapa inicial de coleta de dados por meio do GF, no período de janeiro de 2016 foi realizado contato telefônico (disponibilizado ao pesquisador, pela líder do grupo AMICA) com os familiares/cuidadores de pessoas idosas com DA cadastrados no grupo. Após o aceite inicial de 13 familiares/cuidadores para participarem da pesquisa, foram agendadas visitas domiciliárias (VDs), que se efeturaram no período de janeiro a abril de 2016. Nas VDs os participantes (familiares/cuidadores participantes do AMICA) assinaram o TCLE (Apêndice D) e responderam a uma entrevista semiestruturada (Apêndice E) com objetivo de identificar a contribuição do AMICA como (geronto)tecnologia cuidativo-educacional acerca do cuidado complexo no contexto da DA em pessoas idosas/famílias.

A VD possibilitou, ainda, observar/registrar as (geronto)tecnologias empregadas/desenvolvidas pelos familiares/cuidadores no cuidado da pessoa idosa com DA no ambiente domiciliar e identificar as principais vivências dos familiares/cuidadores na prática de cuidados à pessoa idosa com DA, tais como fragilidades e potencialidades vivenciadas no processo de cuidado. Salienta-se que as observações participantes (OPs) foram realizadas pelo pesquisador principal e/ou pelo observador em todos os momentos e espaços onde foram efetivadas as coletas, seja pelo GF ou por entrevista semiestruturada.

As informações coletadas por meio dessa técnica foram registradas em um diário de campo (DC) do pesquisador. A OP consiste em um processo pelo qual um pesquisador se coloca como observador de uma situação social, com a finalidade de observar os comportamentos e os relacionamentos cotidianos, com objetivo de realizar uma investigação científica (POPE; MAYS, 2009). Todos os momentos foram, com a devida autorização dos participantes, gravados em áudio, por meio de aparelho *MP3* com vistas a uma maior fidedignidade dos dados, e após foram transcritos pelo pesquisador. As transcrições foram digitadas e apresentadas aos participantes como forma de validação dos dados coletados.

3.5 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram analisados com base na técnica da Análise Textual Discursiva, uma vez que essa técnica possui a aproximação de seus focos com o referencial da Complexidade, escolhido como referencial teórico desta tese. Na técnica da Análise Textual Discursiva o processo de análise dos dados se inicia junto à coleta, consistindo num processo integrado de análise e de síntese, baseado em uma leitura rigorosa e aprofundada dos textos, descrevendo e interpretando fenômenos e discursos. Nessa técnica, trabalha-se com significados construídos

a partir do conjunto de textos analisados, o *corpus*, que é delineado pelas transcrições das entrevistas realizadas (MORAES, GALIAZZI, 2011).

Ainda que composta de elementos racionalizados e em certa medida planejados, a análise, em seu todo, se constituiu de um processo auto-organizado do qual emergiram novas compreensões, “a partir de uma sequência recursiva de três componentes: a unitarização, o estabelecimento de relações e a comunicação” (MORAES, GALIAZZI, 2011, p.12). Na etapa de **unitarização** o pesquisador examinou os textos em detalhes, fragmentando-os no sentido de atingir unidades de significado, etapa que foi realizada com intensidade e profundidade. Após, o pesquisador buscou o **estabelecimento de relações**, processo de categorização, que o levou a construir relações entre as unidades de base, combinando-as e classificando-as, reunindo esses elementos unitários na formação de conjuntos que congregaram elementos próximos, resultando em sistemas de categorias.

Dessa forma, foram reunidas as unidades de significado semelhantes, sendo gerados vários níveis de categorias de análise. Na **comunicação**, o pesquisador apresentou as compreensões atingidas a partir dos dois focos anteriores, etapa que constituiu o último elemento do ciclo de análise proposto, resultando nos metatextos, que foram constituídos de descrição e interpretação, representando o conjunto, um modo de teorização sobre os fenômenos investigados.

O processo de análise dos dados, por meio dessa técnica, se caracterizou como um ciclo constituído pelos focos descritos anteriormente, que se apresentaram como um movimento que possibilitou a emergência de novas compreensões com base na auto-organização. Essa etapa é denominada metaforicamente por Moraes e Galiazzi (2011) como “tempestade de luz”, pois compreendem que os dados emergem de um meio caótico e desordenado e resultam em “*flashes*” fugazes de raios de luz, iluminando os fenômenos investigados, o que possibilita, por meio de um esforço de comunicação intensa do pesquisador, expressar novas compreensões ao longo da análise (MORAES, GALIAZZI, 2011).

3.6 ASPECTOS ÉTICOS

Para atender os critérios éticos, foi solicitado um termo de autorização para a realização da pesquisa à Coordenadora do Projeto de Extensão AMICA (Apêndice A). O projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde (CEP_{AS}) da Universidade Federal do Rio Grande (FURG), com a finalidade de atender às exigências da

Resolução 466/12 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa/Ministério da Saúde (CONEP/MS) sobre pesquisa envolvendo seres humanos.

O pesquisador principal e o seu orientador assumiram o compromisso de cumprir integralmente os princípios da Resolução 466/12 do CONEP/MS (BRASIL, 2012), garantindo a autonomia dos participantes, de maneira que os mesmos pudessem livremente decidir quanto à sua participação ou não na pesquisa. Foi garantido aos participantes esclarecimento referente às dúvidas sobre os procedimentos e outros assuntos relacionados à pesquisa.

A participação das pessoas foi por meio do GF e da entrevista semiestruturada e não representou nenhum risco à dimensão física, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual, em qualquer fase da pesquisa. No entanto, compreendeu-se que alguns sentimentos poderiam ser mobilizados, pelo fato de que os participantes seriam estimulados a refletir sobre o seu cotidiano e alguns episódios relacionados à sua vivência como familiares cuidadores, ou à sua atuação junto ao AMICA, no caso dos docentes e discentes. Dessa forma, foi garantido aos mesmos, caso julgassem necessário, o atendimento do Serviço de Psicologia da IES, o qual já apoia o AMICA.

No entanto, se, mesmo com o acompanhamento psicológico, fosse evidenciado pelo participantes/pesquisador e/ou pelo profissional psicólogo que o estudo ainda estivesse propiciando desconforto/sofrimento aos participantes em qualquer fase da pesquisa, o estudo seria imediatamente suspenso/encerrado pelo pesquisador. O mesmo assumiu o compromisso de comunicar imediatamente ao CEPAS/FURG e buscar informações/orientação de como proceder, bem como assistir aos participantes do estudo, até que eles se sentissem estabilizados.

Considera-se que esta pesquisa acarretou benefício direto aos participantes, pois tiveram a possibilidade de serem autores e atores ativos em todo o processo, com a possibilidade de refletirem sobre o grupo na perspectiva de uma tecnologia educativa e (geronto)tecnológica e (re)avaliarem questões e ações implícitas à sua atuação como familiar/cuidador, docente e discente de um curso das áreas da saúde ou humanas. Possibilitou, ainda, aos familiares/cuidadores demonstrarem cuidados complexos que desenvolviam a pessoas idosas com DA por meio das (geronto)tecnologias. Dessa forma, os participantes tiveram a possibilidade de rever conceitos e repensar novas estratégias e, portanto, novas formas de cuidado. Além do mais, a posterior socialização (divulgação/publicação) dos resultados do estudo poderá auxiliar outras pessoas e famílias que estejam/venham a vivenciar uma situação semelhante à dos participantes da presente pesquisa.

Foi explicado aos participantes que, após as reuniões do GF e entrevistas, os depoimentos seriam transcritos de forma literal pelo pesquisador, de maneira a proteger a fidedignidade dos dados, e que esses dados seriam organizados, analisados, divulgados e publicados, sendo a identidade dos participantes preservada em todas as etapas.

O GF somente foi realizado após a leitura do TCLE juntamente com os participantes, e sua anuência pela assinatura do mesmo, tendo em vista ressaltar o objetivo, a metodologia e o seu anonimato. O TCLE foi apresentado em duas vias, ficando uma com o participante, e a outra arquivada pelo pesquisador principal, junto com os demais dados, os quais permanecerão guardados em local sigiloso, em uma caixa lacrada com um cadeado de proteção para impedir a retirada dos materiais sem a presença da chave, que está sob responsabilidade do pesquisador principal. Haverá, durante um período de cinco anos, o monitoramento constante do material por parte do pesquisador principal. Após esse período, todas as informações referentes aos dados da pesquisa serão destruídas.

Durante todo o processo de pesquisa, foram observados os princípios bioéticos fundamentais do respeito à pessoa, a saber: da autonomia, da beneficência, da não maleficência e da justiça. Neste estudo, os participantes foram identificados alfanumericamente pelas letras 'F' (familiar), 'DO' (docente) e 'DI' (discente), levando-se em conta a ordem dos discursos (F1, F2... DO1, DO2... DI1, DI2...), mantendo-se o sigilo e anonimato dos mesmos. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo CEP_{AS}/FURG sob o Parecer nº 157/2015 e CAAE: 48877315.2.00005324.

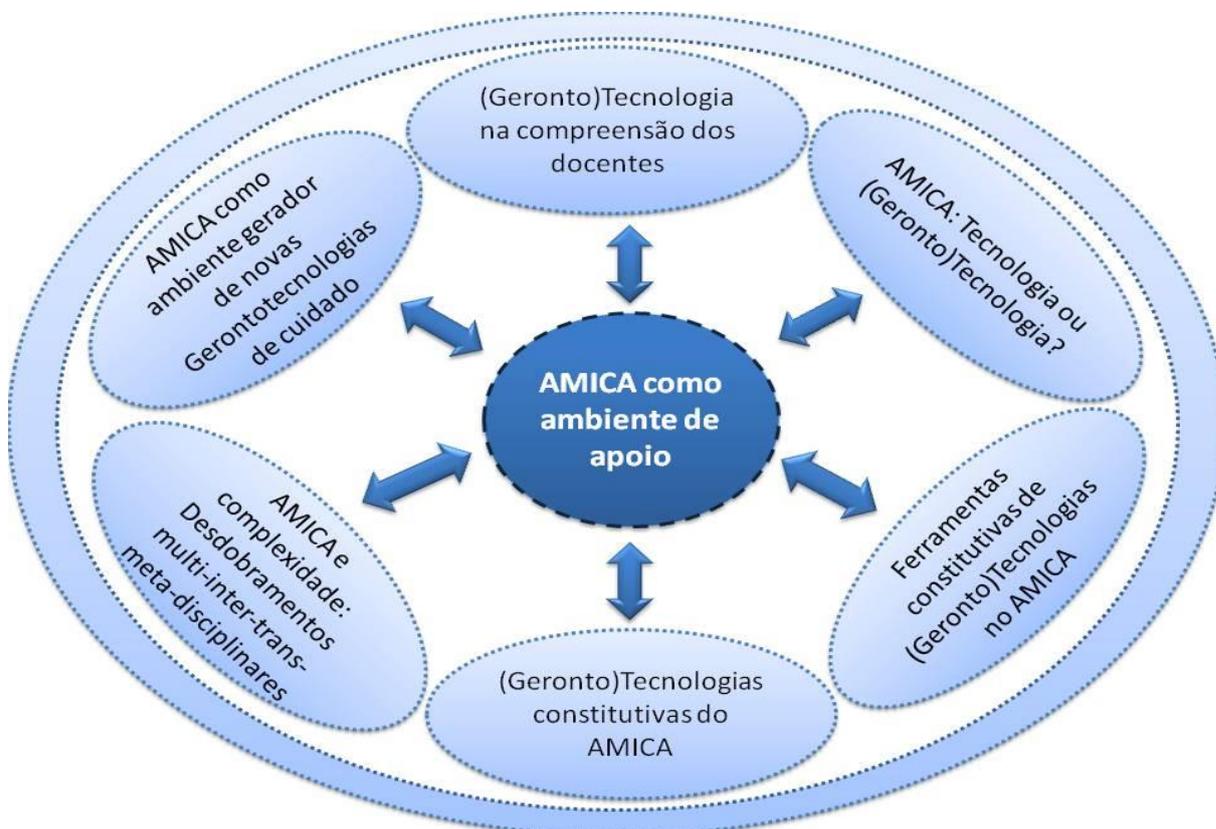
4 DA DESORDEM À TEMPESTADE DE LUZ...

“As vias da política da velhice deveriam favorecer e estimular tudo o que pudesse melhorar a qualidade de física e psíquica da vida dos idosos.” (MORIN, 2015, p. 37)

4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS DOCENTES DOS CURSOS DAS ÁREAS DA SAÚDE/HUMANAS

Dos sete docentes dos cursos das áreas da saúde/humanas participantes do estudo, dois eram nutricionistas; um, enfermeiro; um, cirurgião dentista; um, farmacêutico; um, terapeuta ocupacional; e um, psicólogo. Seis eram do sexo feminino e um, do masculino, com idades entre 31 e 58 anos. Dois possuíam título de doutor; quatro, de mestre; e um, de especialista, cursando o mestrado. Quanto ao tempo de atuação na IES, variou de quatro a 16 anos e o tempo de participação no AMICA, de dois anos a 10 anos. A seguir, apresentam-se os dados referentes aos GFs desenvolvidos com os docentes, os quais possibilitaram a construção de seis categorias e sete subcategorias, mais bem visualizadas nas Figuras VII, VIII, IX, X.

Figura VII – Categorias emergente dos GFs dos docentes



Fonte: autoria própria, 2016.

4.2 (GERONTO)TECNOLOGIA NA COMPREENSÃO DOS DOCENTES DOS CURSOS DAS ÁREAS DA SAÚDE E HUMANAS

Esta categoria permitiu perceber que os docentes dos cursos das áreas da saúde e humanas, participantes do AMICA, possuíam uma compreensão complexa acerca das (geronto)tecnologias. Nos relatos a seguir, observa-se que os participantes transpuseram a compreensão da (geronto)tecnologia, apenas, como máquina e equipamentos materiais diversos na forma de produto palpável.

São condições aplicadas em um determinado ambiente ou público para mensurar os dados obtidos e assim aplicá-los em benefício e/ou ações para melhorar e modificar o meio onde a pessoa idosa se encontra. (DO2)

Tecnologias são ferramentas utilizadas para atingir um objetivo científico ou não. Podem ser equipamentos, instrumentos, técnicas, procedimentos e/ou conhecimentos. Gerontotecnologias são, portanto, equipamentos, instrumentos, técnicas, procedimentos e/ou conhecimentos voltados ao atendimento de pessoas idosas atendendo as especificidades dessa faixa etária. (DO5)

Tecnologias são ferramentas desenvolvidas pelo ser humano contemporâneo, buscando melhorar o cotidiano das pessoas. As Gerontotecnologias buscam melhorar a qualidade de vida de pessoas em processo de envelhecimento, através de equipamentos, ferramentas e estratégias diversas. (DO7)

Os participantes compreendiam a (geronto)tecnologia como sendo as condições, ações, ferramentas, técnicas, conhecimento e estratégias utilizados no cuidado às pessoas idosas visando modificações no meio no qual essas pessoas estão inseridas, com vistas a uma melhor qualidade de vida. A seguir, tem-se um relato ampliado e complexo descrevendo, além do que já foi dito, a interação e inter-relação existentes entre as ações, processos e produtos, bem como as relações existentes em determinado contexto, com vistas a um bem espiritual, social, cultural e biológico da pessoa idosa.

Tecnologias são ações, processos e produtos interativos e inter-relacionais que auxiliem/subsidiam determinado trabalho em um determinado contexto. Enfim, são as relações existentes. As gerontotecnologias são as interações existentes na área gerontotecnológica que visa/objetiva determinado resultado em prol de um bem comum no contexto espiritual, social, cultural e biológico do idoso. (DO1)

Esta categoria se mostra importante, pois se percebeu a necessidade de identificar a compreensão dos participantes acerca das (geronto)tecnologias e, a partir dessa compreensão, a percepção do grupo AMICA, nesse contexto.

4.3 AMICA: TECNOLOGIA OU GERONTOTECNOLOGIA?

A partir da compreensão dos docentes, pode-se perceber que o AMICA caracteriza-se como uma (geronto)tecnologia, construída a partir das ações que ela desenvolve de forma positiva. No relato da participante DO2 percebe-se que a atuação no/do AMICA é de uma (geronto)tecnologia, mesmo antes dos seus participantes terem a compreensão do que se tratava ser uma (geronto)tecnologia.

[...] o AMICA é uma gerontotecnologia! Mesmo sem perceber, antes de sabermos o que era uma gerontotecnologia, nós já atuávamos na/com a gerontotecnologia de forma extremamente positiva, só não tínhamos o conhecimento de que se tratava de uma gerontotecnologia. Nós construímos um grupo como gerontotecnologia por todas as ações que nós desenvolvemos nele, que vêm ao encontro das definições de gerontotecnologias encontradas na literatura; perceber isso me deixa muito feliz! (DO2).

Alguns participantes, além de concordarem que o AMICA é uma gerontotecnologia, complementaram ao referir que o mesmo pode ser considerado uma gerontotecnologia ou uma tecnologia ao mesmo tempo, dependendo do ciclo vital para o qual está sendo utilizada.

O AMICA pode ser visto como uma tecnologia e uma gerontotecnologia, ao mesmo tempo, dependendo do ciclo vital para o qual está sendo utilizado. (DO7)

O AMICA é uma tecnologia e uma gerontotecnologia de educação e de cuidado ao mesmo tempo, porque no grupo nos cuidamos entre nós, colegas professores e estudantes também. Então nós utilizamos uma tecnologia de cuidado, pois nenhum de nós está ainda na fase de ser considerado um idoso. E, à medida que nós implementamos ações e processos que vão ao encontro do cuidado ao idoso com DA, o AMICA também passa a ser considerado uma gerontotecnologia. Então o Grupo é uma tecnologia e uma gerontotecnologia, ao mesmo tempo, pois depende para quem estamos o direcionando em determinado momento. (DO2)

Pode-se perceber que no grupo, além do cuidado aos familiares/cuidadores, proporciona-se, ao mesmo tempo, educação e cuidado entre os demais envolvidos – docentes e discentes. A participante DO5 complementou que o AMICA é uma gerontotecnologia porque ele demonstra aplicação prática, uma vez que, se reproduzido em outra realidade e

para pessoas com outras patologias utilizando-se das mesmas ferramentas e metodologias de trabalho, resultados semelhantes serão alcançados.

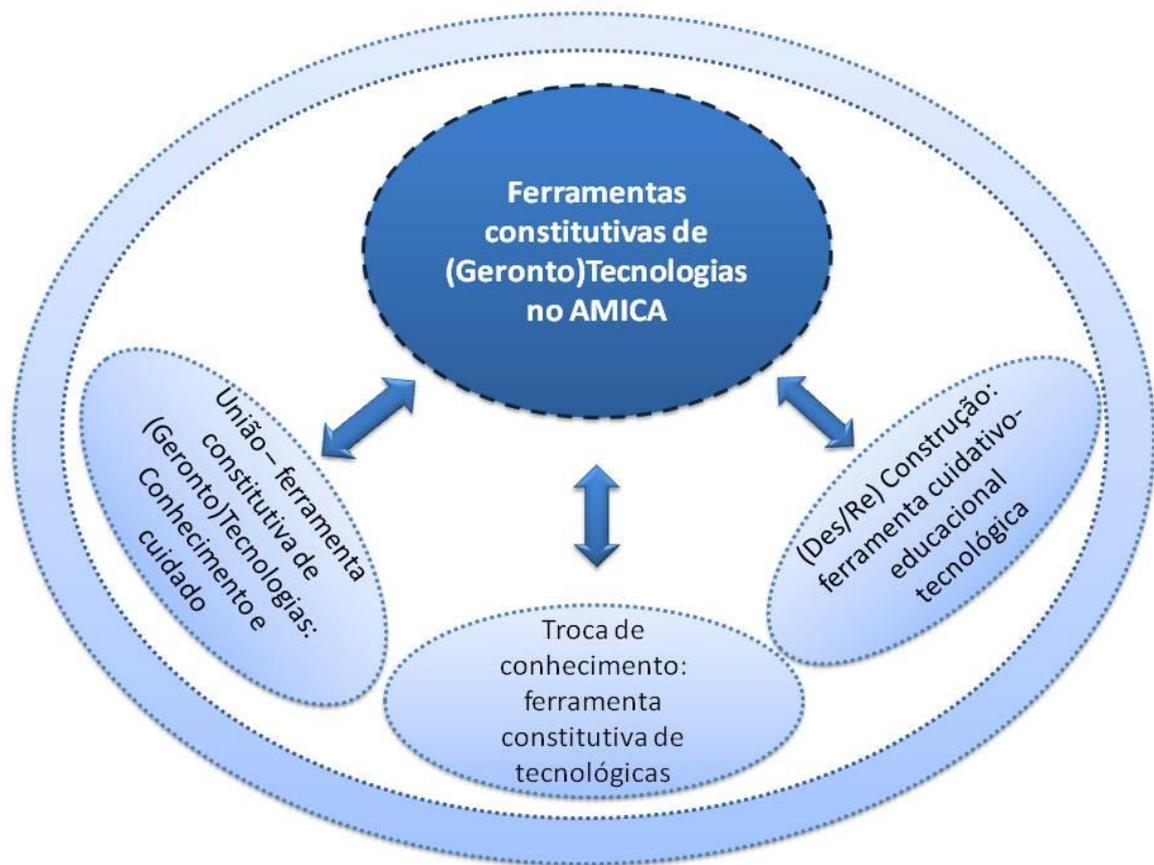
O grupo é uma gerontotecnologia, mas é porque ela é aplicada, porque, se nós desenvolvêssemos ele para outro grupo de pessoas, como, por exemplo: para pessoas com Parkinson ou artrite reumatoide, utilizando a mesma metodologia, ferramentas e forma de trabalho que utilizamos aqui no AMICA, conseguiríamos um resultado semelhante. O grupo AMICA é uma gerontotecnologia que se utiliza de outras gerontotecnologias e que constrói outras gerontotecnologias, como o estudo, seminários, apresentações, diálogo, escuta, podendo ser utilizada para qualquer grupo de pessoas com diferentes contextos e patologias (DO5).

Pode-se perceber, ainda, que o AMICA, além de ser, por si só, uma gerontotecnologia, utiliza-se de outras gerontotecnologias e produz novas gerontotecnologias, o que demonstra sua capacidade regeneradora, como gerontotecnologia complexa.

4.4 FERRAMENTAS CONSTITUTIVAS DE (GERONTO)TECNOLOGIAS NO AMICA

Esta categoria demonstra algumas ferramentas utilizadas no grupo AMICA, que se apresentam, nos relatos dos participantes, não como (geronto)tecnologias, mas como constitutivas das (geronto)tecnologias, ou seja, as mesmas contribuem para a construção e/ou para o surgimento das (geronto)tecnologias no contexto estudado. Dessa forma, por sua complexidade, os dados serão apresentados em três subcategorias originadas a partir da categoria, como pode ser visualizado na Figura VIII.

Figura VIII – Terceira categoria emergente dos GFs dos docentes e suas respectivas subcategorias



Fonte: autoria própria, 2016.

4.4.1 União – ferramenta construtiva das tecnologias: conhecimento e cuidado

Nos relatos dos participantes, pode-se perceber que a união é considerada uma ferramenta construtiva de tecnologias no AMICA, pois a mesma possibilita a construção do conhecimento e o do cuidado que, por sua vez, é compreendido pelos participantes como uma tecnologia.

Eu penso na união que iniciou há muito tempo e é infinita no grupo, porque é por meio dela que se constrói a tecnologia chamada conhecimento e cuidado. Me vem à mente a casa, pois, assim como recebemos os familiares/cuidadores aqui no grupo, eles também nos recebem em suas casas. O AMICA também representa uma casa para todos nós, docentes, discentes e familiares/cuidadores, pois a união que temos aqui representa uma segurança.
(DO2)

Acho que essa união que encontramos aqui no Grupo é que nos abastece e possibilita a construção do conhecimento e do cuidado que são tecnologias [...] nós estamos aprendendo

um com o outro constantemente por meio das ferramentas encontradas aqui no grupo, por isso que, toda vez que saímos daqui, nos sentimos fortalecidos espiritualmente e cientificamente. (DO3)

Nos relatos a seguir, pode-se perceber o quanto a união presente no AMICA contribui como tecnologia cuidativo-educacional para os participantes, pois os mesmos referem levar o conhecimento adquiridos no AMICA para outros espaços, como suas próprias casas. Esse conhecimento é o que permite o fortalecimento e a base do grupo, além de auxiliar os participantes a enfrentar possíveis desordens e problemas vivenciados.

Eu percebo que o familiar/cuidador, o docente e o discente unidos, de mãos dadas, representam o AMICA [...] todos nós carregamos o AMICA no coração e dele levamos o fortalecimento e o conhecimento para as nossas casas. Isso nos dá a base, nos fortalece como grupo e nos ajuda a enfrentar os problemas em casa. (DO4)

No AMICA, nós temos bem forte a questão da união, de estarmos de mãos dadas em um círculo de apoio para as desordens da vida [...] conseguimos nos apoiar e dar apoio aos familiares/cuidadores para o cuidado à pessoa idosa com DA. (DO5)

Dessa forma, percebe-se que a união é uma ferramenta que contribui como tecnologia cuidativo-educacional para todos os envolvidos no AMICA, pois os docentes, além de se apoiarem, conseguem apoiar, também, os familiares/cuidadores no cuidado à pessoa idosa com DA.

4.4.2 Troca de conhecimento: ferramenta construtiva de tecnologias

A troca de conhecimento também era percebida pelos docentes como uma ferramenta constitutiva de tecnologias no AMICA, pois possibilita aos participantes se colocarem no lugar do outro, se sensibilizarem e darem o apoio. Além disso, possibilita o retorno técnico aos participantes do grupo de forma esclarecedora, bem como a construção do conhecimento e do cuidado.

[...] nós conseguimos nos colocar no lugar do outro, nos sensibilizamos e ao mesmo tempo conseguimos dar o apoio, o retorno técnico aos participantes do grupo, a gente consegue passar a técnica, não de forma dura, fria, mas com emoção, com sentimento, mas de uma forma esclarecedora por meio das trocas de conhecimentos que acontecem no grupo. Aqui parece que tem uma coisa mágica, as pessoas se sentem à vontade para falar, expor a sua opinião, e assim se constrói o conhecimento e o cuidado tanto das familiares, professores, estudantes quanto o cuidado diretamente ao idoso com DA [...] (DO2)

[...] aqui no grupo, as trocas de conhecimentos são muito ricas, a vivência que um participante do grupo teve em alguma determinada situação pode auxiliar outra pessoa na elaboração de manobras de cuidado em casa, a ter paciência, não insistir em uma situação com a pessoa idosa com DA, então essas trocas auxiliam muito [...] (DO2)

Pode se perceber que, por meio da dinâmica de trabalho utilizada no AMICA, as vivências e experiências de um participante podem auxiliar outras pessoas, por meio da utilização na sua realidade, ou mesmo na elaboração de outras formas de cuidado no ambiente domiciliar.

4.4.3 (Des/Re)Construção: ferramenta cuidativo-educacional tecnológica

A construção-desconstrução-reconstrução é uma constante no AMICA e é outra ferramenta constitutiva de tecnologia, de educação e de cuidado no grupo, pois instiga os participantes a buscarem novas formas, maneiras, estratégias para melhorar o cuidado em determinada situação.

O momento educacional e de cuidado não se dissociam no grupo. Às vezes estamos dando uma orientação para um familiar e ele nos diz que certamente isso não dará certo em sua casa, então a gente já se desconstrói e reconstrói novamente. (DO5)

A gente pensa em criar alguma coisa diferente, quando algo não dá certo de determinada forma, a gente já pensa em como poderia ser, como poderia dar certo. Então isso instiga a gente a buscar novas formas, novas maneiras, novas estratégias de como poderia ser feito, daí buscamos nos abastecer de leituras, de teoria. Mas o mais rico acaba sendo sempre a prática no grupo, o estar ali, pois me possibilita discorrer sobre o ensino-aprendizado e sobre o cuidado por meio da construção e desconstrução constante. (DO3)

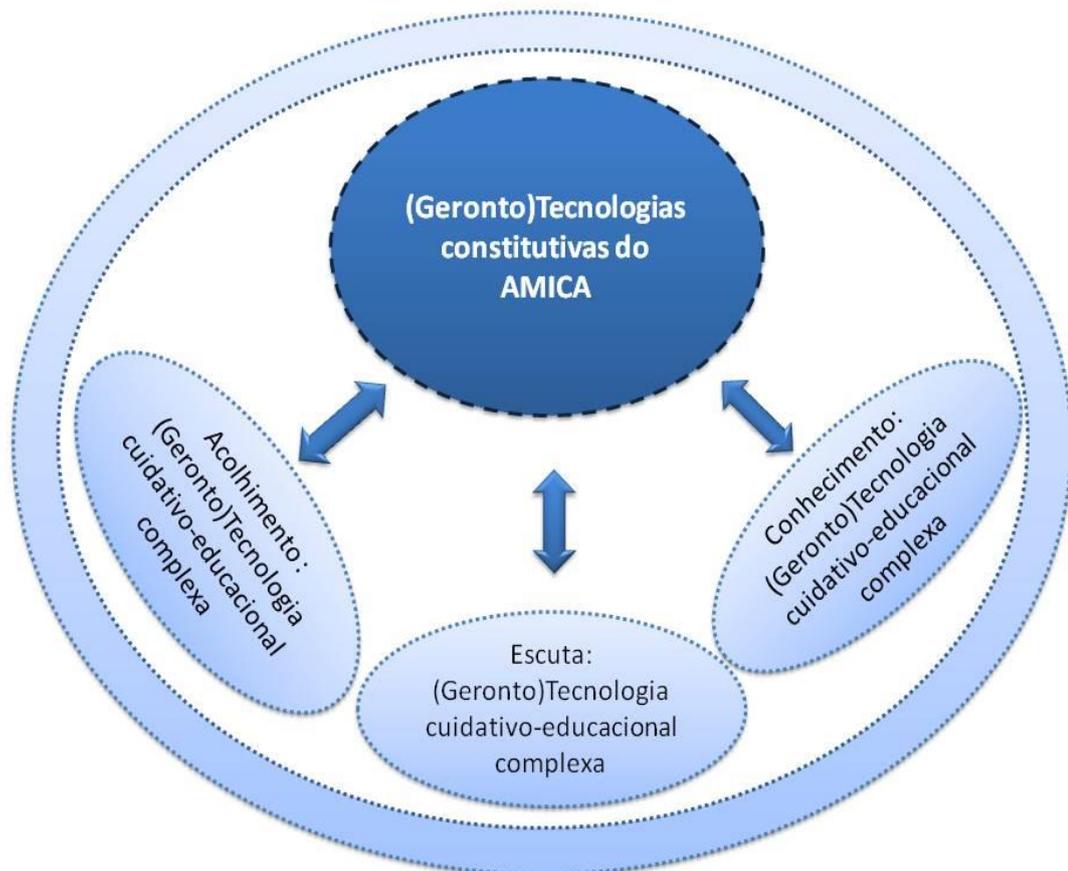
Essa construção-desconstrução-reconstrução faz com que os participantes do AMICA busquem mais conhecimentos por meio de leituras, de teorias, embora o mais valioso, conforme o relato de um docente, seja a prática no grupo, pela possibilidade de discorrer sobre o ensino-aprendizado e sobre o cuidado.

4.5 (GERONTO)TECNOLOGIAS CONSTITUTIVAS DO AMICA

Esta categoria demonstra algumas (geronto)tecnologias cuidativo-educacionais constitutivas do AMICA, ou seja, que constroem, atribuem ao Grupo a característica de complexidade, com a qual o mesmo se apresenta. Por sua complexidade, os dados desta

categoria são apresentados por meio de três subcategorias, como pode ser visualizado na Figura IX.

Figura IX – Quarta categoria emergente dos GFs dos docentes e suas respectivas subcategorias



Fonte: autoria própria, 2016.

4.5.1 Acolhimento: (Geronto)Tecnologia cuidativo-educacional complexa

O acolhimento, conforme pode ser visualizado nos relatos dos participantes, apresenta-se como um dos pontos fortes do AMICA, pois auxilia a atribuir ao grupo a característica de (geronto)tecnologia cuidativo-educacional, uma vez que, por meio do acolhimento, o grupo apresenta-se como um ambiente em que os seus participantes encontram proteção, atenção, cuidado e também de conhecimento e aprendizado.

[...] o AMICA é um grupo de apoio para transições, tendo em vista que pela própria característica DA se faz necessário pensar na transição, numa passagem, pois não é algo

para sempre, dura um tempo e nesse tempo os familiares/cuidadores encontram essa sustentação no grupo por meio do acolhimento que aqui ocorre. (DO6)

O grupo trabalha muito bem o suporte ao familiar/cuidador [...] é um ambiente em que eles encontram proteção, atenção, cuidado e também de conhecimento e aprendizado, de partilha de conhecimentos e sentimentos e acredito que estamos conseguindo atender as necessidades das pessoas por meio do cuidado que surge do acolhimento aqui no grupo. (DO1)

[...] aqui no AMICA o cuidado acontece a todo momento, pelas interações que ocorrem aqui no grupo, desde o momento em que nós acolhemos o familiar/cuidador [...] o acolhimento é uma tecnologia de cuidado e para mim o grupo trabalha e realiza muito bem o acolhimento. (DO7)

É possível observar que as interações que ocorrem no grupo, possibilitadas pelo acolhimento, potencializam para que o cuidado seja uma constante no AMICA. No relato de DO6, aparece, ainda, a capacidade do grupo no apoio ao familiar/cuidador no momento de transição, de passagem, que todos um dia irão vivenciar.

4.5.2 Escuta: (Geronto)Tecnologia cuidativo-educacional complexa

A escuta, conforme os relatos dos participantes, é outro ponto forte do AMICA que auxilia a atribuir ao grupo a característica de (geronto)tecnologia cuidativo-educacional, uma vez que, por meio desta, é potencializada nos participantes a capacidade de visualizar o outro de forma diferenciada, o que exerce influência tanto na atuação profissional quanto na pessoal.

Quando começamos a exercer a escuta, passamos a visualizar o outro de forma diferenciada e isso exerce impacto tanto na atuação profissional quanto na pessoal. Eu vejo que aqui no AMICA acontece muito isso, nós conseguimos exercer a escuta do que os familiares/cuidadores estão falando e também dos colegas [...] (DO2)

[...] a escuta é a coisa valiosa que se tem hoje em dia, uma escuta de qualidade deve ser aberta, com vistas a compreender, muitas vezes, aquilo que não se encontra nos livros e artigos [...] é necessário reconhecer a capacidade dos cuidadores, as suas vivências e o que eles têm construído de tecnologias na sua prática de cuidados. A escuta é uma das tecnologias mais importantes, mais valiosas hoje em dia e o AMICA desenvolve bem essa função de escuta e apoio. Se o profissional tem a capacidade de escutar e compreende o seu efeito na prática, se constrói muito [...] (DO6)

Conforme um participante, a escuta deve ser aberta e permitir compreender aquilo que nem sempre se encontra na literatura, mas sim nas vivências singulares de cada pessoa. Por isso, refere a necessidade de ouvir as vivências dos cuidadores e sobre as tecnologias construídas por eles no cotidiano de cuidados.

4.5.3 Conhecimento: (Geronto)Tecnologia cuidadoso-educacional complexa

Outra (geronto)tecnologia constitutiva do AMICA é o conhecimento multidimensional, que, segundo um docentes, emerge da interligação e inter-relação entre todos os participantes do grupo, ampliando-se para fora deste, pois todos levam consigo o conhecimento para diferentes realidades e ambientes.

No AMICA todos nós estamos interligados e inter-relacionados [...] emergindo o conhecimento que é uma tecnologia, que parte dos docentes e discentes e se amplia, pois nós também aprendemos muito com o conhecimento dos familiares/cuidadores [...] então percebo que estamos todos inter-relacionados e nesse movimento circular. Fora do ambiente do grupo, ainda existe os domicílios ou subsistemas que todos nós fazemos parte e para o qual levamos os conhecimentos construídos no grupo. (DO1)

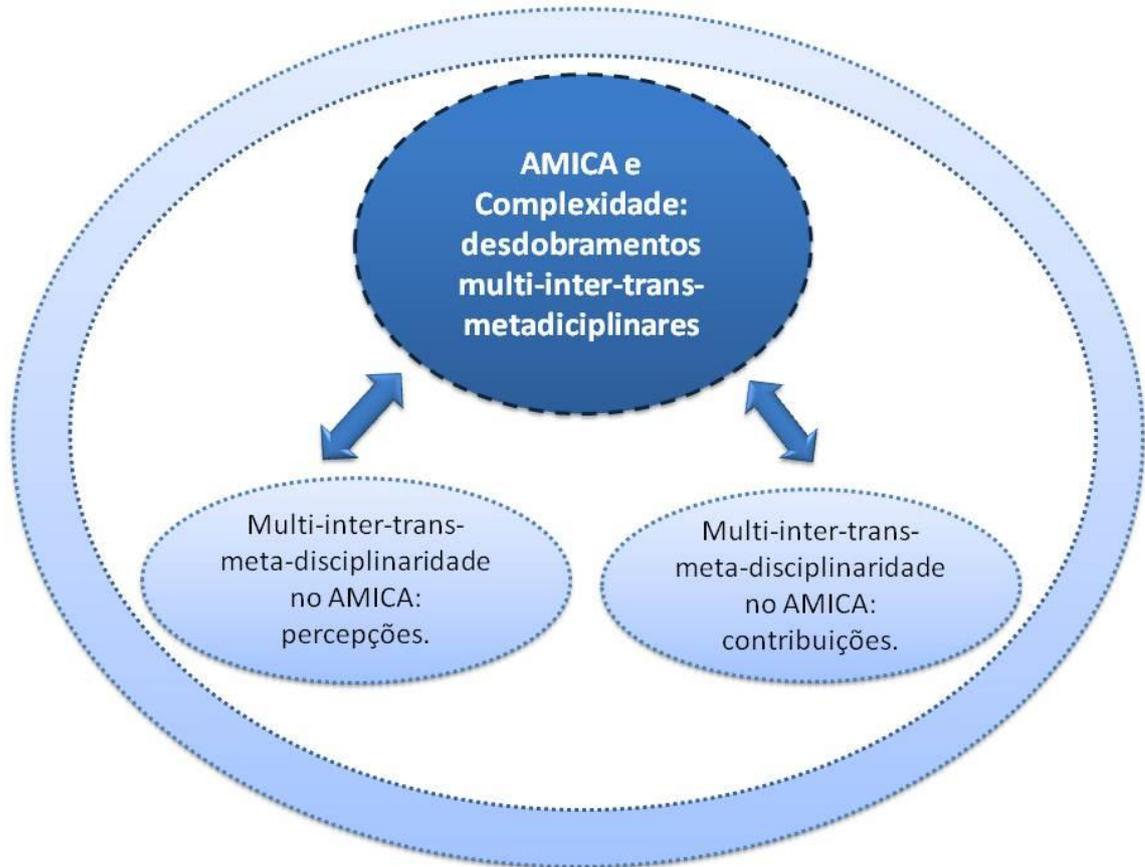
[...] tem a tecnologia chamada conhecimento e cuidado; e, me vem à mente a casa, pois[,] assim como recebemos os familiares/cuidadores aqui no grupo, eles também nos recebem em suas casas. O AMICA também representa uma casa para todos nós, docentes, discentes e familiares/cuidadores [...] representa uma segurança. (DO2)

Observam-se nos relatos o conhecimento e o cuidado de toda ordem e a todos os participantes, a partir do AMICA. Uma docente relaciona, ainda, o AMICA a uma casa que lhes traz segurança, ou seja, proteção e cuidado.

4.6 AMICA E COMPLEXIDADE: DESDOBRAMENTOS MULTI-INTER-TRANS-META-DISCIPLINARES

Esta categoria demonstra a complexidade existente no AMICA, a partir da atuação multi-inter-trans-disciplinar. Por sua complexidade, os dados desta categoria são apresentados por meio de duas subcategorias, como pode ser visualizado na Figura X.

Figura X - Quinta categoria emergente dos GFs dos docentes e suas respectivas subcategorias



Fonte: autoria própria, 2016.

4.6.1 Multi-inter-trans-meta-disciplinaridade no AMICA: percepções

Esta subcategoria emergiu das percepções dos docentes participantes do AMICA acerca da atuação multi-inter-trans-meta-disciplinar existente no mesmo, o que se faz necessário para que o grupo possa ser compreendido com (geronto)tecnologia cuidativo-educacional complexa. Pode-se perceber que a atuação multi-inter-trans-meta-disciplinar existe constantemente no AMICA, conforme relatos a seguir:

[...] no AMICA nós nunca deixamos de atuar de forma multi-inter-transdisciplinar e de certa forma meta-disciplinar. Eu percebo a transdisciplinaridade quando fazemos um trabalho integrado entre as disciplinas, transcendendo os conhecimentos disciplinares, pois pensamos no todo, no conhecimento para o bem-estar de todos. Mas em alguns momentos nós voltamos o conhecimento disciplinar, com orientações específicas, conforme a necessidade das pessoas. No AMICA temos momentos em que atuamos como multidisciplinar, momento transdisciplinar e momento meta-disciplinar. Quando a gente aborda qualquer assunto, um

profissional entra no conhecimento do outro e a gente consegue retornar ao conhecimento da nossa área específica também. (DO2)

[...] no AMICA, acabamos orientando sobre questões que seriam de outro curso, outra disciplina, como a enfermagem, a nutrição, por exemplo, mas ao mesmo tempo não esquecemos o conhecimento que é da nossa área específica e assim cada profissional consegue contribuir. Eu inicio orientando sobre determinado assunto, a enfermeira fala, a nutricionista fala e a gente se complementa e aprende. (DO7)

Observa-se que os participantes descrevem os momentos em que percebem a atuação no AMICA de forma multi-interdisciplinar, transdisciplinar e meta-disciplinar, denotando ter conhecimentos sobre as abordagens descritas. Relatam que atuam de forma interconectada e que, em alguns momentos, se transcende os conhecimentos disciplinares e, em outros, retomam-se as áreas específicas, conforme a necessidade das pessoas e/ou das situações apresentadas.

[...] no AMICA ocorre uma renovação constante por meio da atuação multi-inter-trans-meta-disciplinar que ocorre a todo instante de forma constante. (DO3)

[...] no grupo tudo está interconectado, interligado, e eu penso que o conhecimento multi-inter-trans-meta-disciplinar perpassa pelo AMICA a todo instante [...] o sistema é aberto, o conhecimento está sempre entrando e saindo, sofrendo influência do grupo em si ou de cada integrante individualmente. (DO1)

Denota-se, ainda, conforme o relato de um participante, a circularidade existente nas abordagens multi-inter-trans-meta-disciplinares e o conhecimento que perpassa por cada integrante do grupo de forma singular ou no grupo como uma unidade complexa.

4.6.2 Multi-inter-trans-meta-disciplinar no AMICA: contribuições

Os participantes do estudo descreveram algumas contribuições da atuação multi-inter-trans-meta-disciplinar existente no AMICA, dentre as quais se destaca o conhecimento que foi ampliado a partir da vivência no grupo. Observa-se a substituição do pensamento estanque, fechado, pontual, específico de cada área de atuação para um pensamento ampliado que transcende cada área de atuação de forma isolada e desconectada, e possibilita a percepção do todo complexo.

Para mim essas experiências de ouvir o outro, essa abordagem multi-inter-trans-meta-disciplinar são fantásticas, porque aquela situação que antes eu olhava e percebia numa visão pontual, específica na minha área de atuação e fácil de ser resolvido, hoje

percebo de maneira diferente, com outro olhar, outros interferentes que existem em cada situação. Somente o grupo foi capaz de ampliar conhecimentos [...] agora percebo que não é de forma pontual que conseguimos intervir numa realidade e auxiliar a enfrentar determinado problema. (DO5)

Quando eu ouço a fala do outro eu apreendo muito, absorvo e modifico a minha forma de pensar, substituo um pensamento estanque, fechado; consigo unir os nossos diversos conhecimentos e ampliar a percepção sobre determinado contexto, é como se “abrisse a minha mente”. Nossa!, isso é muito lindo, é muito rico, é muito bom! (DO2)

Segundo um participante, essa interação que existe no AMICA proporciona crescimento e o empoderamento de todos, pois o conhecimento que antes era percebido como sendo de outro profissional, outra área de atuação, passa a ser de todos, o que remete à transdisciplinaridade.

Essa interação que existe no AMICA proporciona um crescimento indescritível. Quando os demais profissionais apresentam algo das suas disciplinas, das suas áreas de atuação específicas, parece que esse conhecimento passa a ser nosso, do grupo e não mais de uma determinada disciplina. Então, além do profissional estar empoderado, ele está dando o poder aos outros para que possam dialogar, orientar outras situações que se apresentam e que não de suas áreas de atuação específicas. Isso ocorre de forma muito natural, um não invade o espaço do outro, nós valorizamos e aprendemos com o conhecimento do outro. (DO5)

É possível perceber que, no grupo, o processo de aprendizagem torna-se facilitado pela valorização do conhecimento do outro, o que torna a abordagem multi-inter-trans-metadisciplinar algo vivenciado com naturalidade pelos participantes no AMICA. Os docentes atribuem a essa forma de atuação a capacidade de renovação, reorganização e auto-organização constante que o AMICA possui.

[...] quando eu ouço falar das áreas diferentes no grupo, eu consigo me visualizar dentro de cada uma delas, de alguma forma. Essa capacidade de reorganização e renovação constante que o AMICA possui, acredito que seja justamente por essa capacidade, pela existência dos vários profissionais, de várias disciplinas dentro do grupo, dessa atuação inter-trans-meta-disciplinar, porque nunca, em momento nenhum, o grupo enfraqueceu, parece que a cada encontro ele renasce e se fortalece. (DO2)

[...] uma coisa que favorece esse processo de renovação, de reorganização do Grupo é essa atuação multi-inter-trans-meta-disciplinar, pois no AMICA nenhuma profissão,

nenhum núcleo é mais importante do que o outro, todos somos empoderados e o conhecimento de todos é valorizado e respeitado, talvez esse seja o adubo do Grupo. (DO2)

No AMICA todos são importantes e igualmente valorizados, o que favorece o surgimento de um conhecimento novo, fortalecido e transdisciplinar, capaz de manter o grupo em constantes reorganizações e auto-organizações, seja pelas partes individualmente ou do grupo como um todo, pois estão inter-relacionados.

Esse conhecimento multi-inter-trans-meta-disciplinar, presentes no AMICA, potencializam a auto-organização que, ao meu ver, é o princípio do nosso grupo. Nós individualmente e o grupo como um todo estamos nos organizando a todo momento, a cada novo encontro [...] isso é importante porque fortalece o conhecimento do grupo, que não é pontual. Todos nós estamos, de certo modo, inter-relacionados e essa inter-relação é o que permite a construção de novos conhecimentos. (DO1)

Essa inter-relação dos saberes diferentes, advinda do conhecimento dos docentes e discentes de diferentes cursos e áreas de atuação, bem como do dos familiares/cuidadores, torna-se um só conhecimento do todo, o que possibilita a retroalimentação constante do grupo.

O Grupo se retroalimenta constantemente por meio dos diversos conhecimentos dos docentes e discentes de diferentes cursos e o conhecimento dos familiares/cuidadores. Existem momentos que não sabemos o que fazer e aprendemos muito mais com o familiar/cuidador, com as vivências do dia a dia do que ele com o nosso conhecimento científico, então no AMICA o sistema é aberto, o conhecimento está sempre entrando e saindo, sofrendo influência do grupo em si ou de cada integrante individualmente (DO1).

Observa-se o movimento circular e complexo do grupo a todo instante, pois o sistema é aberto, permitindo, constantemente, entrada e saída de conhecimento, indo das partes ao todo e do todo às partes.

4.7 AMICA: AMBIENTE GERADOR DE NOVAS (GERONTO)TECNOLOGIAS DE CUIDADO

Esta categoria emergiu a partir na compreensão dos docentes acerca do AMICA como ambiente capaz de gerar novas gerontotecnologias. Dessa forma, pode-se perceber que o AMICA, além de ser uma (geronto)tecnologia, produz/gera constantemente novas gerontotecnologias, podendo ser considerado como uma (geronto)tecnologia complexa,

geradora de novas (geronto)tecnologias de cuidado. Dentre as quais está o acolhimento que, segundo um docente, apresenta-se como altamente complexo.

[...] o AMICA está constantemente gerando novas gerontotecnologias e dentre elas a que eu vejo como uma das mais complexas é o acolhimento. O acolhimento é uma tecnologia muito complexa, porque se trabalha com algo muito íntimo, que é procurar conhecê-la e acolher os seus anseios. Uma máquina se aprende a mexer com certa facilidade, agora acolher uma pessoa que está ali em busca de ajuda, como o AMICA faz, para mim é uma tecnologia muito complexa e que o grupo desenvolve constantemente em cada reunião, em cada encontro. (DO1)

O docente salienta, ainda, que acolher uma pessoa é algo bastante complexo, enquanto que mexer em uma máquina é algo que se aprende com certa facilidade. Outras (geronto)tecnologias geradas no AMICA são apresentadas por um docente, como as estratégias, ideias, instrumentos, estudos, métodos, as ferramentas utilizadas para produzir conhecimentos dentro do grupo e melhorar a prática de cuidados no contexto da DA. São outras formas de (geronto)tecnologias geradas no AMICA.

O AMICA gera outras gerontotecnologias, pois dele surgem estratégias, ideias, conhecimento para serem aplicados no melhor cuidado no contexto da DA; são criados instrumentos para facilitar o cuidado, no grupo também se desenvolvem estudos que visam melhorar a prática de cuidados. No dia a dia, os métodos, as ferramentas que são utilizadas para produzir conhecimentos dentro do grupo são gerontotecnologias. No grupo, aprendemos a ouvir e dessa escuta constroem-se novas gerontotecnologias em função do cuidado e orientação daquela pessoa que está no grupo ou mesmo do idoso com DA. (DO2)

Observa-se que o aspecto cuidativo e o aspecto educacional são constantes no grupo de forma circular e complementar, o que permite ao AMICA a característica de (geronto)tecnologia de formação cuidativa e educacional, ao mesmo tempo.

O AMICA também caracteriza-se e permite uma gerontotecnologia de formação, porque nele estuda-se, discute-se e aprende-se para o cuidado. Quando nós, professores e acadêmicos, realizamos visitas domiciliares ao idoso com DA e família, eu preciso desse conhecimento, aprendizado, uma apropriação de algumas gerontotecnologias. (DO5)

Outra gerontotecnologia que eu percebo que o grupo executa são as visitas domiciliares para as pessoas idosas com DA; essa visita é uma gerontotecnologia altamente complexa, pois adentramos num ambiente muito íntimo das pessoas, conversamos com a pessoa idosa e com a família, avaliamos o local. Encontrar meios de melhorar o cuidado na

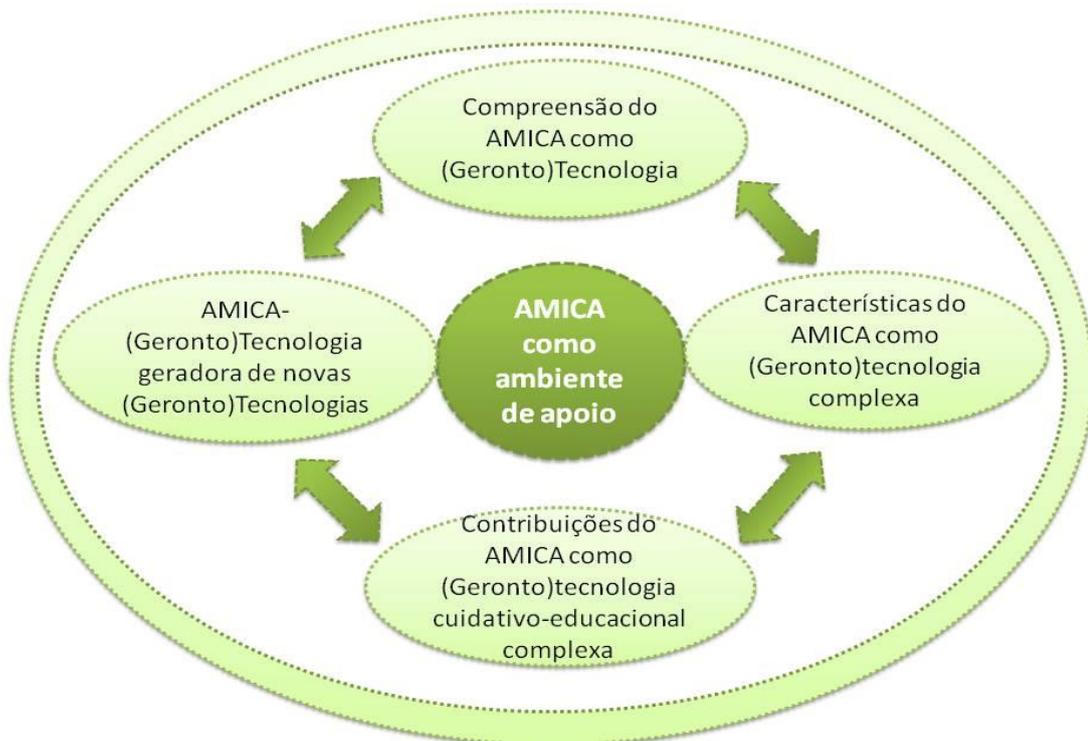
realidade deles perpassa por diferentes processos e isso é uma gerontotecnologia de cuidado. (DOI)

As visitas domiciliares realizadas pelos docentes e discentes participantes do grupo também são, conforme o relato de um docente, uma forma de (geronto)tecnologia complexa produzida pelo AMICA, pois visam melhorar o cuidado na realidade específica de cada familiar/cuidador participante do grupo.

4.8 CARACTERIZAÇÃO DOS DISCENTES DOS CURSOS DAS ÁREAS DA SAÚDE/HUMANAS

Dos nove discentes dos cursos da área da saúde, participantes do estudo, dois estavam cursando enfermagem; dois, nutrição; um, psicologia; um, farmácia; um, fisioterapia; um, terapia ocupacional; e um, odontologia. Seis eram do sexo feminino e três, do masculino, com idades entre 18 e 42 anos. Quanto ao tempo de curso, variou do segundo ao oitavo semestre. Quanto ao tempo de atuação no AMICA, variou de seis meses a dois anos. A análise e interpretação dos dados referentes aos GFs desenvolvidos com os discentes possibilitou a construção de quatro categorias e seis subcategorias, mais bem visualizadas nas Figuras XI, XII, XIII.

Figura XI – Categorias emergentes dos GFs dos discentes



Fonte: autoria própria, 2016.

4.9 COMPREENSÃO DO AMICA COMO (GERONTO)TECNOLOGIA

Os discentes participantes do AMICA o reconhecem como uma (geronto)tecnologia que possibilita a construção e reconstrução constante de conhecimentos advindos de todas as partes para o todo. No grupo, unem-se os saberes dos docentes, dos discentes e dos familiares/cuidadores, o que os instiga a busca constante do conhecimento.

O Grupo AMICA é uma (geronto)tecnologia, pois por meio dele buscamos sempre mais conhecimentos acerca do envelhecimento e da doença de Alzheimer, com objetivo de passar para os familiares/cuidadores que não sabem muito sobre a doença, mas que procuram o grupo buscando o conhecimento. Ao mesmo tempo, esses familiares/cuidadores são a fonte principal do grupo, pois eles trazem muitas novidades e mudanças que nos instigam a buscar mais. (DI 1)

É realmente uma construção de saberes, no AMICA estamos sempre construindo, sempre aprimorando, sempre aprendendo, sempre inovando, o grupo é uma tecnologia. (DI 4)

No AMICA ocorre a construção e reconstrução constante de saberes, por meio das trocas estabelecidas entre as diferentes profissões e os familiares/cuidadores, que nos instiga cada vez mais a busca de novos conhecimentos, esse é o ponto forte dessa gerontotecnologia. (DI 7)

Esse conhecimento é construído pelas trocas permanentes entre todos os participantes, pelas apresentações de trabalhos científicos e pela socialização do conhecimento na dimensão humana, pessoal e profissional.

Eu percebo o AMICA como (geronto)tecnologia, pois aqui se constrói conhecimentos por meio de apresentação de trabalhos científicos, troca-se conhecimento humano, pessoal, profissional, bem como carinho, afeto, solidariedade, a partir do contato com os colegas, com os professores e com os familiares/cuidadores. (DI 8)

Esse conhecimento socializado no AMICA, por meio dos diversos atores envolvidos, instiga constantemente a mais conhecimentos, o que proporciona, conforme os relatos a seguir, um melhor cuidado aos familiares/cuidadores e à pessoa idosa com DA.

O AMICA é uma (geronto)tecnologia que iniciou há anos e vem se construindo, se renovando, não é algo estagnado. Por meio dele nos atualizamos sempre em busca pela melhora do cuidado para os familiares/cuidadores e dos idosos com DA. (DI 5)

O grupo é uma (geronto)tecnologia, pois, pela integração das várias profissões, dos vários conhecimentos, temos conseguido proporcionar um melhor cuidado aos

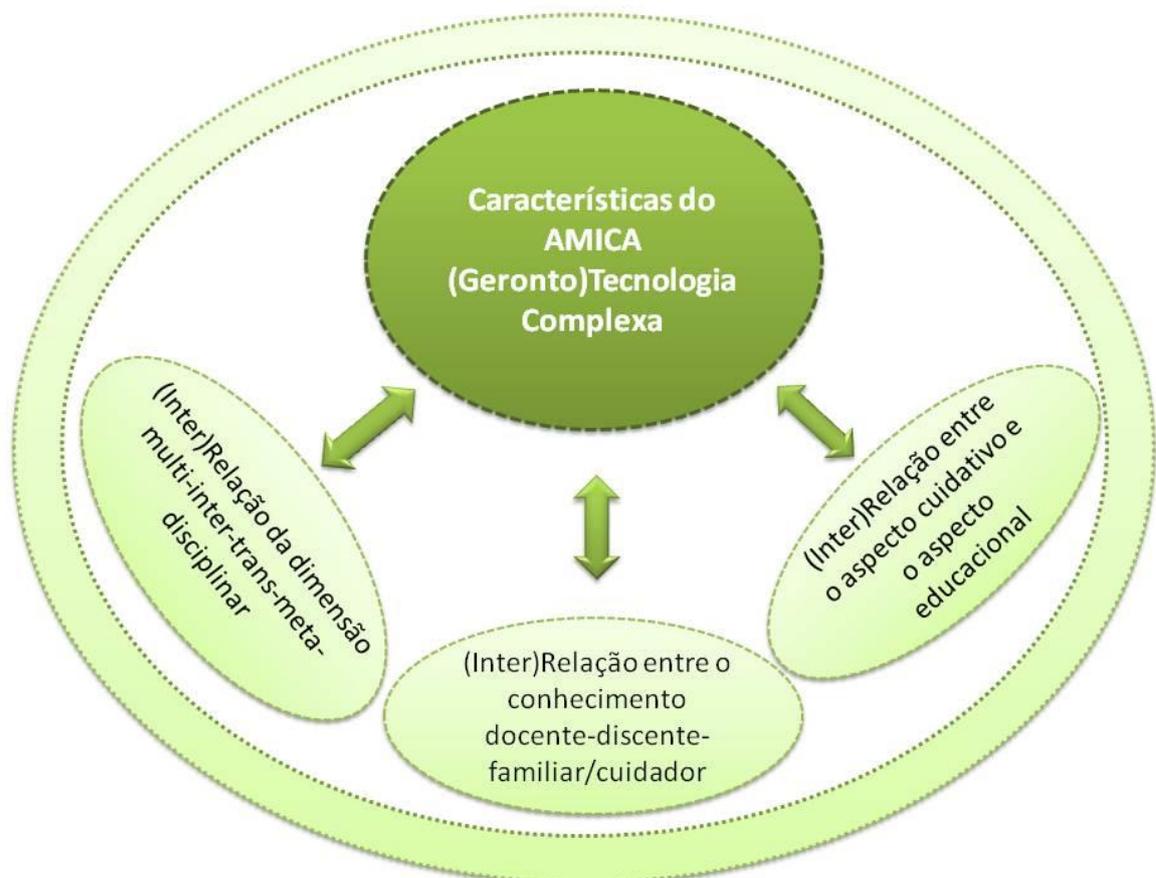
familiares/cuidadores dos idosos com a DA [...] nós estamos sempre em busca de conhecimentos novos para trazer ao grupo e os familiares/cuidadores também nos trazem o que criam em casa para facilitar e melhorar o cuidado ao idoso em casa. (DI 3)

Os discentes, por sua vez, também aprendem com os familiares/cuidadores, que trazem do vivido cotidiano junto à pessoa idosa com DA uma bagagem de experiência e conhecimentos que possibilitam aos mesmos criarem gerontotecnologias para facilitar o cuidado à pessoa idosa no dia a dia em ambiente domiciliar.

4.10 CARACTERÍSTICAS DO AMICA COMO (GERONTO)TECNOLOGIA COMPLEXA

Esta categoria demonstra algumas características do AMICA como (geronto)tecnologia complexa. Pela complexidade que lhe é própria, os dados são apresentados em três subcategorias, como podem ser visualizadas na Figura XII.

Figura XII - Segunda categoria emergente dos GFs dos discentes e suas respectivas subcategorias



Fonte: autoria própria, 2016.

4.10.1 (Inter)Relação entre o aspecto cuidativo e o aspecto educacional

Nesta subcategoria, os discentes destacaram como característica do AMICA como uma (geronto)tecnologia cuidativo-educacional complexa a (inter)relação entre o aspecto cuidativo e o aspecto educacional que ocorre de forma circular no Grupo. Referiram que não existe um momento em que ocorra o processo cuidativo e outro, em que ocorra o educacional, ambos ocorrem ao mesmo tempo e a todo instante, demonstrando indissociabilidade e complementaridade dos processos.

No grupo não existe um momento certo que ocorre o processo cuidativo e o educacional, ambos ocorrem ao mesmo tempo, porque nós [docentes e discentes] estamos sempre pesquisando sobre o assunto, passando o nosso conhecimento para os familiares/cuidadores, que transmitem a outras pessoas que passam o conhecimento adiante no dia a dia. Ao mesmo tempo, nós também aprendemos com o conhecimento dos familiares/cuidadores, que estão na prática de cuidados ao idoso com DA. Então, todos aprendem e ensinam, e nessa relação com os cuidadores nós cuidamos e somos cuidados e todos nos tornamos promotores de saúde no dia a dia, mesmo sem percebermos. (DI 3)

[...] no AMICA, todos estamos em um constante aprendizado e cuidado ao mesmo tempo, o conhecimento passado pelos docentes e discentes aos familiares/cuidadores retorna aos docentes e discentes de forma muito positiva, contribuindo para o grupo como gerontotecnologia educacional, pois, conforme os participantes transmitem o conhecimento, também aprendem. Esse conhecimento gera a melhoria do cuidado do familiar/cuidador e também do idoso com DA, esse cuidado retorna ao grupo pelos relatos positivos, pelo carinho, amor e cuidado. (DI 2)

É possível observar que o processo cuidativo-educacional exerce influência em todos de forma bilateral. A partir do AMICA, os docentes e discentes cuidam e ensinam os familiares/cuidadores para o cuidado no contexto da DA; e são também cuidados e ensinados pelos familiares/cuidadores a partir conhecimento que os mesmos possuem no dia a dia de cuidados à pessoa idosa com DA.

[...] o processo cuidativo e educacional ocorre desde o momento em que sentamos, escutamos e conversamos com o familiar/cuidador olhando nos olhos, pois eles chegam ao grupo angustiados e nós vamos conversando, trocando informações, avaliando junto a eles determinada situação relacionada à vida pessoal ou ao cuidado do idoso com DA. Isso, para mim, já é um cuidado e ao mesmo tempo educação para o cuidado! (DI 4)

O AMICA é uma gerontotecnologia cuidativa e educacional ao mesmo tempo, porque eu percebo o processo de educação e de cuidado a todo o momento. Qualquer nova informação que trazem ao grupo pode ser aproveitada, sempre pensando em melhorar o cuidado. Para mim, os encontros com os familiares/cuidadores são o “pico” do cuidado, pois há uma grande troca de conhecimentos e de cuidado entre todos os participantes. (DI 1)

Denota-se a complexidade do AMICA, que atua como um sistema aberto, pelo movimento de entrada e saída constante de conhecimentos e de cuidados. Nos relatos, fica evidente que esse conhecimento e cuidado perpassam o AMICA, uma vez que cada participante o leva para outras realidades, atuando como socializadores de conhecimento e, ao mesmo tempo, promotores de cuidados no contexto da DA em pessoas idosas/famílias.

4.10.2 (Inter)Relação entre o conhecimento docente-discente-familiar/cuidador

Outra característica do AMICA como (geronto)tecnologia cuidativo-educacional complexa, destacada pelos discentes, foi a (inter)relação entre o conhecimento do docente, do discente e do familiar/cuidador.

[...] aqui no AMICA se percebe a preocupação de todos com o cuidado da pessoa idosa com DA, uma interação entre o conhecimento de docentes, discentes e familiares/cuidadores. (DI 6)

[...] o cuidado, aqui no AMICA, ocorre pela inter-relação de conhecimentos dos docentes, discentes e dos familiares/cuidadores. (DI 2)

Não existe, aqui no grupo, o meu conhecimento de acadêmico, o teu de professor e o dele de familiar cuidador. É uma troca, um círculo que cada um ajuda a construir o conhecimento e o cuidado para a pessoa idosa com DA e família. (DI 1)

Eu percebo o Grupo AMICA como uma gerontotecnologia cuidativa e educacional desde o momento que adentramos as portas do grupo, pela interação do conhecimento com os familiares/cuidadores de idosos com DA, dos docentes e discentes, o que possibilita a compreensão do processo de cuidado no contexto da DA de uma forma abrangente, ultrapassando apenas o conhecimento da nossa profissão. (DI 4)

Os participantes referem existir a preocupação de todos os integrantes do AMICA com o cuidado da pessoa idosa com DA e, dessa forma, se valorizam todas as vias de conhecimento, o que auxilia na compreensão do cuidado de forma complexa.

4.10.3 (Inter)Relação da dimensão multi-inter-trans-meta-disciplinar

Nesta terceira subcategoria, os discentes remetem o AMICA como (geronto)tecnologia cuidativo-educacional complexa, atribuindo-lhe como característica a (inter)relação da dimensão multi-inter-trans-meta-disciplinar. Pode-se perceber que o conhecimento multi-inter-trans-meta-disciplinar ocorre no AMICA, e os discentes explicam em que momento percebem a necessidade de uma ou outra forma de conhecimento.

O conhecimento multi-inter-trans e meta-diciplinar estão sempre presentes no AMICA, porque o grupo é composto por vários profissionais, de diferentes áreas, e conversamos sobre os familiares/cuidadores, pensamos juntos melhores formas de cuidar e isso para mim é a interdisciplinaridade. Percebo a transdisciplinaridade nas visitas domiciliares, onde precisamos fazer uma avaliação conjunta para decidirmos o que vai ser melhor para aquele idoso e família. Nesse momento, temos que decidir conjuntamente o melhor cuidado e isso independe de eu ser dessa ou daquela área de atuação. Em outros momentos, precisamos dar orientações bem pontuais de cada área. (DI 2)

Tem momentos, no grupo, que eu, como uma futura enfermeira, acabo pensando também como uma psicóloga, uma nutricionista, acabamos aprendendo tanto com os outros cursos que parece um conhecimento em comum a todas as áreas em prol do cuidado ao idoso com DA. Já, em outros momentos, percebo o conhecimento específico de cada curso que também é importante para aquele cuidado. (DI 4)

Os discentes participantes do estudo reconhecem a abordagem interdisciplinar no momento em que dialogam com os profissionais e estudantes de outras áreas de atuação que também fazem parte do AMICA e, desse diálogo, se constrói o cuidado. A transdisciplinaridade aparece nos relatos, nos momentos em que orientam os familiares ou decidem algo para melhorar o cuidado independente da disciplina, visualizam como sendo um conhecimento comum a todos os participantes, independente da área de atuação de cada um em prol do cuidado à pessoa idosa com DA. A meta-disciplinaridade é comentada quando referem que retornam ao conhecimento disciplinar em situações específicas que necessitam de orientações bem pontuais de cada área.

Eu percebo também que tem o conhecimento do geral, daquilo que é comum a todos os cursos, mas, quando precisamos de algo mais pontual, sabemos que podemos contar com um colega que tem o conhecimento mais específico sobre um determinado assunto, isso é muito bom! (DI 3)

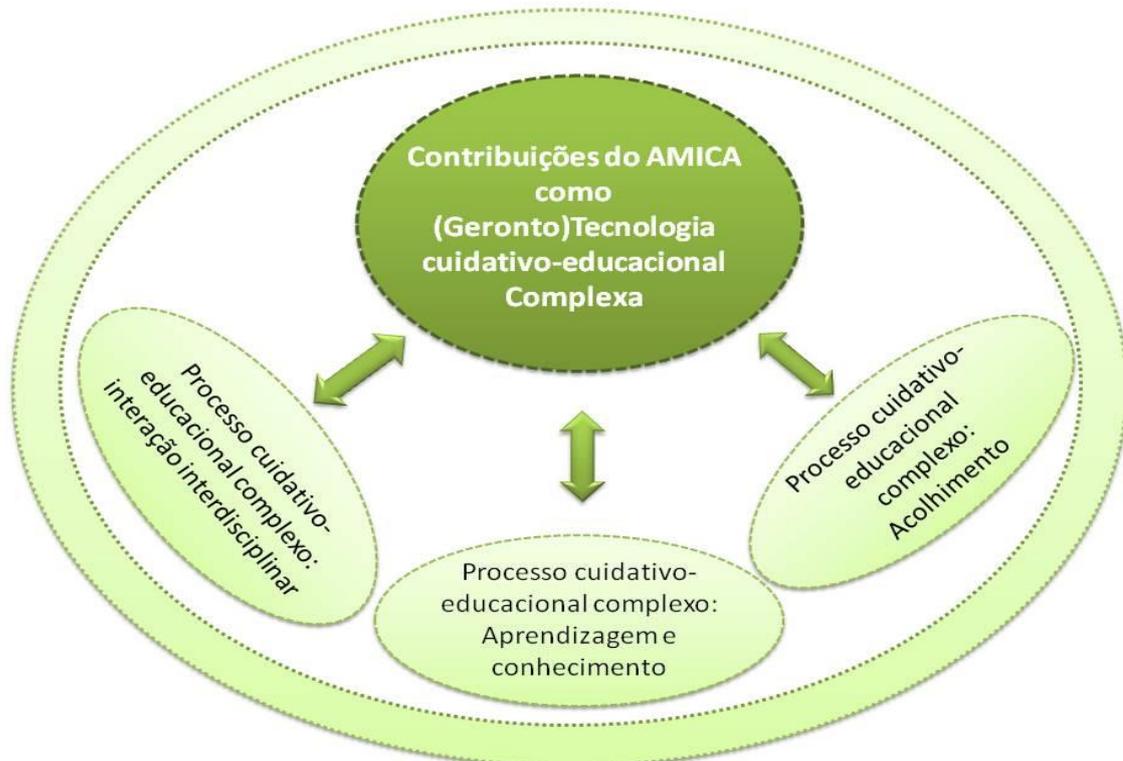
Esse conhecimento é importante porque tem momentos no grupo que um familiar faz uma determinada pergunta que o profissional ou o estudante de qualquer área pode responder. (DI 7)

Dessa forma, percebem-se a circularidade na atuação e a capacidade de abertura e fechamento do sistema, que permite, em alguns momentos, transpor os conhecimentos disciplinares e, em outros, retornar conforme a necessidade singular de cada pessoa ou situação que se apresenta ao grupo.

4.11 CONTRIBUIÇÕES DO AMICA COMO (GERONTO)TECNOLOGIA CUIDATIVO-EDUCACIONAL COMPLEXA

Esta categoria demonstra algumas contribuições do AMICA como (geronto)tecnologia cuidativo-educacional complexa, por meio de três subcategorias: processo cuidativo-educacional complexo: interação interdisciplinar; processo cuidativo-educacional complexo: aprendizagem e conhecimento; processo cuidativo-educacional complexo: acolhimento. Para facilitar a visualização da relação entre a categoria e as subcategorias, apresenta-se a Figura XIII.

Figura XIII - Terceira categoria emergente dos GFs dos discentes e suas respectivas subcategorias



Fonte: autoria própria, 2016.

4.11.1 Processo cuidativo-educacional complexo: interação interdisciplinar

Nesta subcategoria os discentes referem a possibilidade de vivenciarem a interdisciplinaridade pela interação entre docentes, discentes de diferentes áreas de atuação e, ainda, pelo contato com os cuidadores de pessoas idosas com a DA.

O AMICA proporciona vivenciar a interdisciplinaridade, a troca de conhecimentos entre os professores, os acadêmicos e os cuidadores, essas interações que possivelmente não aconteceriam em uma sala de aula. (DI 2)

O AMICA proporciona essa atuação interdisciplinar, acabamos tendo uma referência do colega de outra profissão, seja dos professores ou dos colegas acadêmicos [...] essa interação levaremos para o futuro como profissionais, porque no campo de trabalho essa forma de atuação é muito importante. (DI 6)

Os discentes salientam que essa experiência dificilmente aconteceria em uma sala de aula e que tal experiência os acompanhará para a vida profissional que os espera no futuro, pois reconhecem como importante essa forma de atuação vivenciada no AMICA.

4.11.2 Processo cuidativo-educacional complexo: Aprendizagem e conhecimento

Esta categoria demonstra a aprendizagem e o conhecimento como contribuições do AMICA como (geronto)tecnologia cuidativo-educacional complexa para os discentes. Referem que o AMICA os instiga a buscar cada vez mais conhecimento, para se manterem no grupo e por quererem ajudar os familiares cuidadores na prática de cuidados à pessoa idosa com DA.

O grupo proporciona a busca por conhecimento, por querer estar aqui, por querer ajudar as pessoas. Aqui a gente pesquisa por querer ajudar, sanar dúvidas de outras pessoas, então isso acaba contribuindo muito para nós também, querendo ajudar o outro nós acabamos crescendo muito como futuros profissionais. (DI 2)

O AMICA como gerontotecnologia proporciona a busca de conhecimentos e informações para auxiliar os cuidadores na prática de cuidados ao idoso, a melhor forma de nos relacionarmos com eles. (DI 1)

O Grupo AMICA, através das trocas de conhecimentos, permite a construção de novos conhecimentos e aprendizagem acerca do cuidado à pessoa idosa com DA e de seus familiares, auxiliando-nos a sermos e estarmos mais preparados para auxiliá-los nesse processo. (DI 7)

Busca e aquisição de conhecimento [...] esse grupo instiga a gente a pesquisar cada vez mais, tanto que vários projetos e pesquisas já saíram aqui de dentro e quantos ainda vão sair. Aqui nós realmente temos vontade de ajudar e pesquisar, sempre buscando mais conhecimento. (DI 3)

Neste contexto, uma discente salienta que projetos de pesquisa já foram criados a partir do AMICA, pelo interesse constante da pesquisa com vistas a adquirir maior conhecimento para auxiliar os familiares/cuidadores no cuidado à pessoa idosa com DA.

4.11.3 Processo cuidativo-educacional complexo: Acolhimento

Para os discentes, o acolhimento é outra contribuição do AMICA como (geronto)tecnologia cuidativo-educacional complexa. Reconhecem o quando cresceram participando do AMICA com relação à compreensão do acolhimento e a saberem como acolher as pessoas.

Aqui aprendi a acolher, que era algo que eu tinha muita dificuldade. Hoje eu vejo que eu cresci muito aqui dentro, agora eu sei acolher as pessoas e elas também me acolhem muito aqui no grupo, os cuidadores principalmente. Então eu percebo um crescimento pessoal e profissional nesse sentido. (DI 2)

Quando eu entrei no AMICA, eu não compreendia bem o acolher e eu percebo que eu mudei, que eu cresci nesse sentido, agora sei acolher e cuidar com amor e dedicação. Também me sinto acolhida aqui dentro por todos, especialmente pelos cuidadores (DI 1)

Os discentes referem, ainda, que, além de aprenderem a acolher, também se sentiam acolhidos no grupo, principalmente pelos cuidadores das pessoas idosas com DA. Pode-se perceber, portanto, que o acolhimento é uma via de mão dupla e circular no AMICA, onde todos acolhem e são, ao mesmo tempo, acolhidos.

4.12 AMICA COMO (GERONTO)TECNOLOGIA GERADORA DE NOVAS (GERONTO)TECNOLOGIAS: Conhecimento/Estratégias

Esta categoria apresenta, na compreensão dos discentes, que o AMICA é por natureza uma (geronto)tecnologia e que possui o potencial de gerar outras (geronto)tecnologias a partir da aquisição, construção e socialização do conhecimento adquirido no grupo e de estratégias aplicadas na prática de cuidados à pessoa idosa com DA.

O Grupo gera novas gerontotecnologias pelo próprio conhecimento que o familiar adquire aqui e que ao chegar em casa ele transmite para a pessoa idosa na forma de um melhor cuidado, ou seja, aplicação prática de algo construído no grupo. (DI 1)

O grupo gera gerontotecnologias quando os familiares/cuidadores estendem o conhecimento construído aqui no AMICA para os demais familiares, parentes e amigos, e assim o conhecimento vai sendo transmitido, socializado e se expandindo. (DI 4)

Percebe-se, dessa forma, que o familiar/cuidador é um dos responsáveis pela socialização e expansão do conhecimento sobre o cuidado à pessoa idosa com DA, pois conduz o conhecimento para os demais familiares, após a participação no AMICA.

A riqueza do grupo como uma gerontotecnologia tem uma extensão muito maior do que a gente possa imaginar, é uma amplitude enorme, pois dele são construídas novas gerontotecnologias, pois as trocas de conhecimentos e de cuidados que existem entre os docentes, os discentes e os familiares cuidadores constrói novos conhecimentos e outras formas de cuidado que são levados ao domicílio pelos familiares e aplicados aos idosos com DA no dia a dia de cuidados. (DI 8)

Novas gerontotecnologias sempre surgem aqui no grupo na forma de estratégias de cuidado. A gente percebe que os cuidadores anotam cada estratégia sugerida pelo grupo e, quando chegam em casa, colocam em prática. Em outro momento eles retornam ao grupo e contam que aplicaram e se deu certo ou não, se aquela estratégia teve aplicação positiva na prática de cuidados. (DI 3)

Além do mais, os familiares/cuidadores são imprescindíveis e, também, os principais responsáveis por testar as novas (geronto)tecnologias que emergem dos encontros do AMICA. Aplicam na prática de cuidados à pessoa idosa com DA, os conhecimentos, estratégias e/ou formas de produto sugeridos no grupo e, após, retornam ao mesmo com as suas experiências, referindo se de determinada estratégia sugerida no/pelo AMICA emergiu efeito ou não na prática de cuidados.

4.13 CARACTERIZAÇÃO DOS FAMILIARES/CUIDADORES DE PESSOAS IDOSAS COM DA

Dos 13 familiares/cuidadores participantes do estudo, cinco eram do sexo feminino e oito do masculino, com idades entre 30 e 66 anos. Quanto ao grau de parentesco com a pessoa idosa com DA, oito eram filhos, dois, netos, dois, esposos(as)/companheiros(as), com tempo de atuação como cuidador entre dois e 14 anos. Destes, oito residiam com a pessoa idosa com

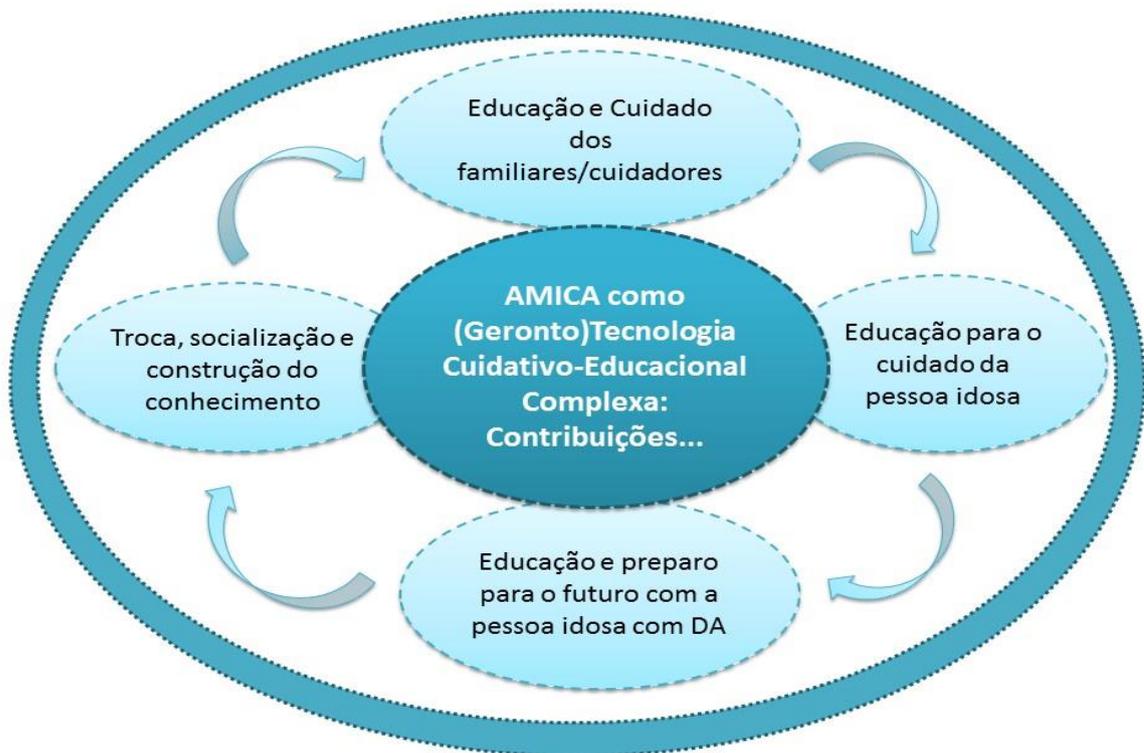
DA e cinco, em casas separadas. Nove dos familiares cuidadores alternavam o ato de cuidar com outras pessoas e três cuidavam sem alternância. Quanto ao tempo em que os familiares/cuidadores participavam do AMICA, variou de seis meses a 10 anos. Todos os participantes eram cuidadores principais da pessoa idosa com DA.

A análise e interpretação dos dados referentes às entrevistas e observação participante desenvolvidas com os familiares/cuidadores, a partir das visitas domiciliares, possibilitou a construção de duas categorias: AMICA como (geronto)tecnologia cuidativo-educacional complexa: Contribuições...; e (Geronto)Tecnologias empregadas/sugeridas pelos familiares/cuidadores no cuidado à pessoa idosa com DA.

4.14 AMICA COMO (GERONTO)TECNOLOGIA CUIDATIVO-EDUCACIONAL COMPLEXA: contribuições...

Esta categoria apresenta as contribuições do AMICA como (geronto)tecnologia cuidativo-educacional complexa, na perspectiva dos familiares/cuidadores participantes do Grupo. As entrevistas dos familiares/cuidadores geraram, a partir desta categoria, quatro subcategorias, conforme pode ser visualizado na Figura XIV.

Figura XIV – Primeira categoria emergente das entrevistas com os familiares/cuidadores e suas respectivas subcategorias



Fonte: autoria própria, 2016.

4.14.1 Educação e cuidado dos familiares/cuidadores de pessoas idosas

Esta subcategoria remete à capacidade do AMICA como (geronto)tecnologia cuidativo-educacional complexa, no processo de educação e cuidado dos familiares/cuidadores de pessoas idosas com DA. Os familiares/cuidadores reconheciam essa capacidade do grupo, pois referiram que aprenderam no AMICA que o mesmo proporciona ensino sobre a DA e como cuidar da pessoa idosa; ao mesmo tempo, sentiam-se cuidados. Observa-se que o processo cuidativo e educacional não é estático, fragmentado, ocorre ao mesmo momento no grupo:

No AMICA é dado todo um ensino, um conhecimento sobre a doença e como cuidar de uma pessoa com DA, fora todo o cuidado com a gente também, com o nosso emocional. Lá eles te acolhem de um jeito que te dá a impressão que cada um te dá o seu abraço, só um grupo daqueles, como o AMICA para te dar isso tudo. Lá, ao mesmo tempo que eu aprendia sobre a doença, eu era também cuidado pelo grupo [...] maior cuidado do que esse, do que eu recebi lá no AMICA, meu Deus do céu!, não tem, o AMICA para mim é uma coisa fora do normal [...] eu só consegui encarar tudo por causa do grupo, que me deu todo o amparo, que me preparou e que me fez conseguir vivenciar o dia a dia junto com a minha mãe com naturalidade, me ensinou e me cuidou ao mesmo tempo. (F1)

O AMICA me traz o contato com as pessoas, com diferentes ideias, com diferentes informações, o AMICA me possibilita essa ampliação e socialização de conhecimentos. Aqui no AMICA, além de aprender eu também me sinto cuidado, cada vez que eu venho no grupo eu saio renovado. Eu posso chegar aqui meio carregado, com as energias alteradas, com a coisa um pouco pesada para levar, mas, quando eu chego no grupo, isso tudo alivia, vou para casa mais leve, me sinto muito bem mesmo. (F10)

Às vezes tu chegas no grupo arrasada, triste, e sai do grupo feliz, aliviada, o grupo tem uma força te dá uma força para continuar, agente sai cheio de ideias de como melhorar o cuidado, no grupo AMICA somos todos um só! No AMICA tem uma preocupação não só de ensinar acerca do Alzheimer, mas realmente de cuidado com nós, familiares/cuidadores, tem toda uma preocupação com a gente, cuidam da gente, tanto é que saio sempre melhor do que eu cheguei, procuro me cuidar mais em todos os aspectos, porque hoje eu sei o quanto isso é importante. (F6)

Pode-se perceber, nos relatos, que o grupo AMICA educa os familiares/cuidadores para o autocuidado, pois, a partir da vivência dos familiares/cuidadores no Grupo, eles salientaram se cuidar mais. Referiram, algumas vezes, chegarem ao grupo tristes, com as

energias alteradas ou mesmo com dor, e que, no grupo, esses desconfortos aliviavam, pois saíam do encontro melhor, sentindo-se mais leves.

O grupo AMICA é a minha vida, o grupo com certeza me prepara para eu viver melhor, quando eu saio do encontro, eu sinto um ânimo de viver, às vezes eu vou para lá com muita dor, muito triste, e saio melhor [...] participar do grupo é uma coisa que me dá prazer, me dá um ânimo para viver. No grupo eu aprendi e aprendo muito sobre o Alzheimer e como lidar com as pessoas com essa doença. No AMICA eu me sinto cuidada, me sinto amada pelo pessoal que participa [...] se hoje eu me cuido mais, cuido mais da minha saúde, é porque eu aprendi lá que se eu cuidar da minha saúde eu vou viver melhor. Me sinto muito honrada em fazer parte desse grupo. (F2)

[...] o grupo proporciona também a consciência para o familiar cuidador que ele tem que se cuidar para poder cuidar, então o grupo está conseguindo proporcionar essa compreensão, essa educação para o cuidado. Quem precisa mesmo de cuidado é o cuidador, para poder cuidar e para ter uma qualidade de cuidado, esse enfoque do grupo é bem importante também, porque ele cuida do familiar cuidador e o educa para além do cuidado da pessoa com DA, pois ele tem que se cuidar para poder cuidar. (F4)

No relato a seguir, é possível perceber a circularidade que existe no processo cuidativo-educacional no AMICA, pois o participante refere que, ao mesmo tempo em que o familiar/cuidador aprende com os professores e alunos, também lhes ensina e, assim, todos vão aprendendo com todos, é um diálogo que ocorre de forma aberta, permitindo a entrada e saída de conhecimento de todos os lados. O mesmo ocorre, segundo o familiar/cuidador, com o processo de cuidado no grupo, referindo que todos se cuidam, aprendem e ensinam todos os dias no AMICA.

O grupo é um apoio muito bom, melhorou minha autoestima [...]. No AMICA a gente se sente cuidada, a vontade para desabafar, para conversar sobre o nosso dia a dia. Esse diálogo que acontece de forma aberta entre os professores, os estudantes e os cuidadores é muito bom e me faz sentir tranquila para falar de mim. No AMICA eu sinto que eu aprendo muito, mas também consigo ensinar um pouquinho do que sei sobre o cuidado, é assim, um vai aprendendo com o outra, sabe?! O que eu estou vivendo agora, muitas vezes outro familiar já enfrentou, ou ainda vai enfrentar, então esse conhecimento é compartilhado entre todos no grupo, tanto pelos professores e estudantes como por nós cuidadores... a gente se cuida, aprende e ensina todos os dias no grupo... isso é muito bom! (F9)

4.14.2 Educação para o cuidado da pessoa idosa a partir das vivências no AMICA

Nesta subcategoria, observa-se a capacidade do AMICA como (geronto)tecnologia cuidativo-educacional complexa, no processo de educação para o cuidado da pessoa idosa com DA. Os familiares/cuidadores referiram que aprendiam no AMICA, que o mesmo proporciona ensino sobre a DA e de como cuidar da pessoa idosa; e que, dessa forma, conseguiam as suas práticas de cuidado.

[...] o Grupo AMICA me ajudou a encarar o Alzheimer, nos encontros fui aprendendo sobre a doença e como cuidar da pessoa com a DA, cada passo que eu dava era uma nova caminhada e com isso eu pude dar uma melhor cuidado para a minha mãe com a DA [...](F1)

[...] cada vez que eu venho ao grupo, eu vou para casa com todo o gás para cuidar do meu marido [pessoa com DA]. Levo daqui todo o conhecimento necessário para melhorar o cuidado dele, pois no AMICA eu já aprendi muito sobre as formas de cuidado; sobre a alimentação, medicação, sobre como adaptar a casa, retirar tapetes, como auxiliar na escovação dos dentes dele, sobre como enfrentar essa doença sem adoecer. Sobre como conseguir passar pelos dias de estresse convivendo melhor com a pessoa com DA, tanto é que já melhorei muito no cuidado depois que comecei a participar. Eu sou apaixonada por esse grupo! (F 9)

O grupo é realmente muito importante na minha vida. No AMICA eu encontrei apoio mesmo, orientações sobre a doença, sobre como conduzir cada situação com a minha mãe em casa e com isso melhorou muito o cuidado a ela. Já aprendi muitas coisas aqui que me auxiliaram no cuidado em casa [...] e tudo que eu aprendo aqui eu procuro passar para outras pessoas da minha família, vizinhos, amigos. (F10)

O relato do familiar/cuidador F9 apresenta algumas questões referentes ao cuidado que o mesmo pôde aprender no AMICA, salienta o cuidado com a alimentação, medicação, a adaptação do domicílio, a importância de retirar tapetes, formas para auxiliar na escovação dos dentes e sobre como conviver com DA sem adoecer.

4.14.3 Educação e preparo para o futuro com a pessoa idosa com DA

Pode-se observar que o AMICA, como (geronto)tecnologia cuidativo-educacional complexa, além de auxiliar os familiar/cuidadores no cuidado diário da pessoa idosa, também os auxilia preparando-os para o que irão encontrar no futuro. Ou seja, ocorre o processo cuidativo-educacional no presente e uma preparação para o futuro.

[...] para mim, foi uma preparação para o futuro, porque no grupo eu me preparava e pensava: agora vai acontecer isso, amanhã acontecerá aquilo, então isso até minimizava um pouco o sofrimento decorrente da convivência com a doença, sabe?! (F13)

[...] no grupo eu fui aprendendo e deixando de ter medo, eu fui enfrentando cada passo, cada nova situação que aparecia eu já sabia que ia surgir e eu já sabia como proceder e depois eu retornava para o grupo dizendo se aquela estratégia tinha ou não dado certo com a minha mãe. Quem me ajudou, quem me preparou para o futuro com a DA, inclusive para a partida da minha mãe, foi o grupo, foi o AMICA, então não existem palavras para explicar tudo que esse grupo foi na minha vida. (F1)

No relato de F1 observa-se que o AMICA esteve presente, como (geronto)tecnologia cuidativo-educacional, até mesmo no momento da partida da familiar idosa com DA. Nos relatos a seguir, percebe-se que os familiares compreendem como será o futuro com DA e que essa preparação os fortalece para vivenciarem os processos que ainda estão por vir.

[...] hoje eu sei o que é essa doença e sei que a coisa ainda vai piorar com o tempo, depois que comecei no grupo a minha visão sobre a doença e o cuidado já melhorou bastante [...] o AMICA me ensina a como lidar com as situações que eu encontro e que ainda irei encontrar no cuidado e a me preparar para o futuro, tem me ajudado muito [...] (F5)

[...] o AMICA me esclareceu muitas questões por meio das explicações dos professores e estudantes e também pelo depoimento de pessoas, dos outros cuidadores que já passaram por determinadas situações e que depois eu também vim a passar, mas com a diferença de já saber que eu passaria. O grupo prepara a pessoa para o que ela vai encontrar mais à frente. (F 8)

Depois que comecei a participar do grupo, já não vejo mais o Alzheimer como um bicho de sete cabeças, porque eu estou junto com grupo buscando compreender e melhorar o cuidado. O grupo me ajuda a me preparar para as coisas que ainda estão por vir [...] (F6)

Conforme se visualiza no relato de F6, o familiar/cuidador, a partir da sua vivência no AMICA, não possui mais medo do que irá enfrentar na convivência e cuidado da pessoa idosa com DA, pois já não vê a doença como um “bicho de sete cabeças”. Esse fato decorre do processo cuidativo-educacional desenvolvido no grupo, da compreensão acerca da doença e das formas possíveis de cuidado.

4.14.4 Troca, socialização e construção do conhecimento

Para os familiares/cuidadores de pessoas idosas, o maior potencial do AMICA como (geronto)tecnologia cuidativo-educacional é a capacidade de troca, de socialização e construção de conhecimento de forma horizontalizada entre todos os integrantes, o que permite o surgimento de novos conhecimentos construídos coletivamente.

Nos sete anos que participei do AMICA eu aprendi muito, por meio das trocas de conhecimento dos professores, dos estudantes e dos outros familiares e também pude ensinar muito ao grupo com o que eu passava com a minha mãe, da experiência a partir da vivência com a pessoa idosa com a doença. O maior potencial do grupo é soma de conhecimentos, é a troca entre todos [...] a gente vai apreendendo junto e melhorando a cada dia. (F1)

A gente aprende muito no grupo pela troca entre o nosso conhecimento, com o dos estudantes e dos professores [...] no grupo não fazem diferença de conhecimento, não comparam quem sabe mais e quem sabe menos. No AMICA as pessoas estão ali para aprender com eles, mas também para trazer suas experiências e ajudar outras pessoas, somos todos muito respeitados e cuidados no grupo. (F2)

[...] a maior riqueza do grupo é a troca de experiência dos professores, dos estudantes e dos cuidadores, o conhecimento no grupo é coletivo e esse é o ponto forte do grupo, porque o conhecimento é construído entre os participantes e ao mesmo tempo todos que fazem parte do grupo são também cuidados [...] (F4)

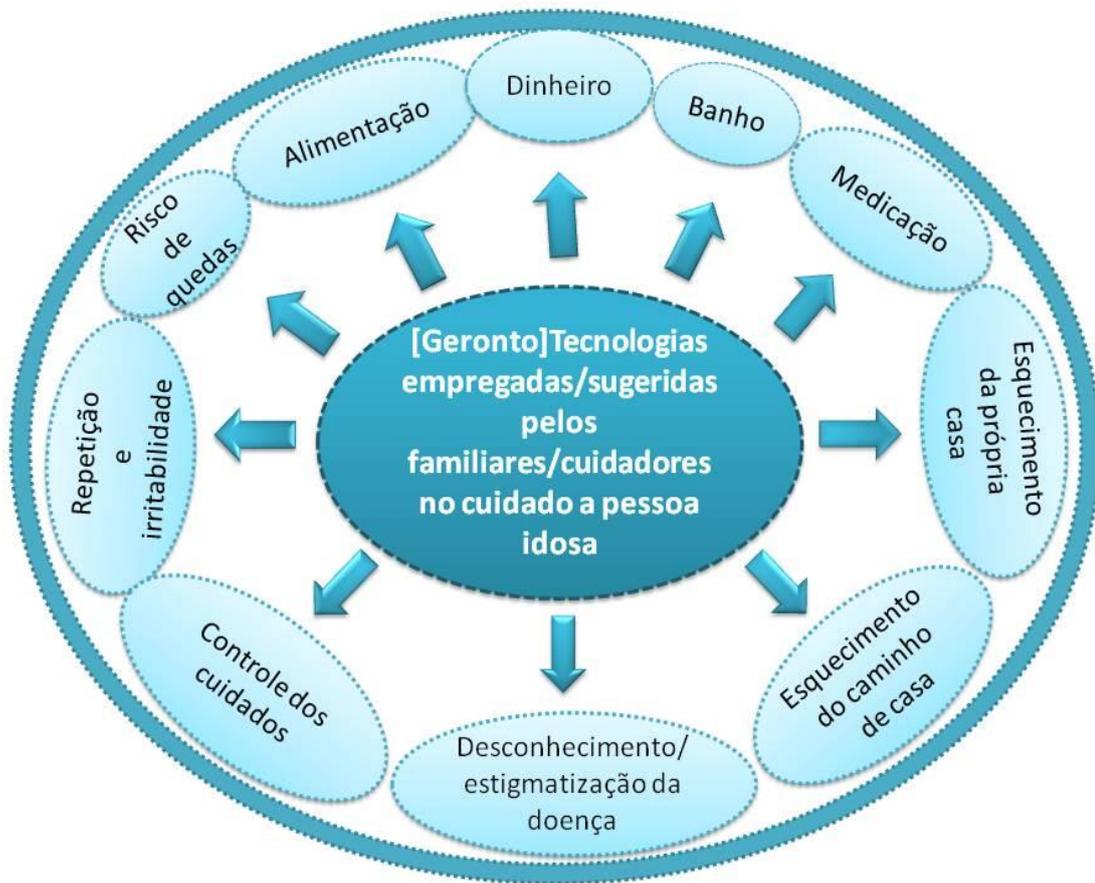
[...] todas as pessoas que vêm aqui trazem algum conhecimento, algum ensinamento, e também leva muito [...] esse conhecimento, essa troca que existe aqui é algo extremamente grande que não dá para mensurar, une a teoria do professor e do aluno com a prática do cuidador [...]. É pelo entrosamento da prática com a teoria, pela união de todos os membros do grupo que surge o conhecimento no AMICA. (F10)

[...] no grupo nós viemos em busca de informação, de conhecimento, mas também trazemos um conhecimento nosso da prática de cuidados e juntos construímos um conhecimento maior que depois transmitimos para outras pessoas em diferentes locais, seja em casa, no trabalho, com amigos, vizinhos, enfim. (F11)

4.15 (GERONTO)TECNOLOGIAS EMPREGADAS/SUGERIDAS PELOS FAMILIARES/CUIDADORES NO CUIDADO À PESSOA IDOSA COM DA

Esta categoria surgiu da percepção de que os familiares/cuidadores, a partir da convivência no AMICA, e com outras pessoas, desenvolvem/empregam (geronto)tecnologias diversas no cuidado às pessoas idosas com a DA. Assim, a seguir apresentar-se-ão os dados referentes à segunda categoria, dividida em dez subcategorias de (geronto)tecnologias, conforme pode ser visualizado na Figura XV. Ademais, será possível visualizar os registros fotográficos (Foto 1, Foto 2, Foto 3, Foto 4, Foto 5, Foto 6, Foto 7, Foto 8) de algumas (geronto)tecnologias na forma de produto, empregadas pelos familiares no domicílio, bem como o Quadro 3 – que apresenta uma síntese das (geronto)tecnologias empregadas/sugeridas pelos familiares/cuidadores no cotidiano de cuidados à pessoa idosa com DA.

Figura XV – Segunda categoria emergente das entrevistas com os familiares/cuidadores e suas respectivas subcategorias



Fonte: autoria própria, 2016.

4.15.1 (Geronto)tecnologias relacionadas ao esquecimento da própria casa

Os familiares cuidadores desenvolvem/empregam (geronto)tecnologias diversas com vistas ao melhor cuidado/convivência com a pessoa idosa com DA. Essas (geronto)tecnologias, por vezes, são na forma de produto, outras vezes, são na forma de processo, conhecimento e/ou estratégias utilizadas e que apresentam resultado positivo após aplicação prática junto à pessoa idosa.

[...] como ela me dizia que queria voltar para casa, sendo que ela se encontrava em casa, eu comecei a dizer: Pode deixar, que eu te levo para casa. Daí eu pegava, dava uma volta pelos fundos do pátio, fazia a volta na casa, chegava lá na frente, disfarçava um pouco de assunto e eu dizia: Mãe, tu viste como nos viemos rápido, nós já estamos na sua casa. E ela me dizia: “Mas é mesmo!, como é que a gente veio tão rápido!” (F1)

Quando eles pedem para ir para casa, o que tu debes fazer? Levar eles para uma outra peça, um outro ambiente, fechar aquela porta, entreter eles com alguma coisa e daí eles esquecem da história da casa. Isso a gente vê bastante lá no AMICA! (F6)

Tem que distrair eles com outra coisa. Quando a mãe fez aquilo de colocar as roupas em sacolinhas e dizer que queria ir para a casa dela, eu chaveei a porta do quarto e disse para ela que o meu marido não estava em casa, mas que assim que ele retornasse ele a levaria para casa e que eu iria junto com ela para ajudá-la a organizar as coisas, daí ela ficou bem tranquila. Então eu disse para ela ir dormir um pouco, que assim que ele chegasse eu a chamaria para nós irmos para casa dela. Quando ela acordou, nem lembrou mais que queria ir para casa, imagina se eu fosse brigar, dizer que ela estava bagunçando as roupas, ela ia ficar ansiosa, agitada e ia ser pior. (F3)

No relato de F1 é possível observar a utilização de uma (geronto)tecnologias na forma de conhecimento e estratégia que apresentou resultados positivos em aplicabilidade prática no cuidado, pois, a partir de sua utilização, a pessoa idosa deixou de insistir em ir para sua casa, já estando nela. Dar uma volta ao redor da casa, e entrar por uma porta foi a (geronto)tecnologia empregada por F1 e também comentada/sugerida por F6. O diálogo com negociação da familiar para com a pessoa idosa foi utilizado por F3 e pode ser considerado uma (geronto)tecnologia, uma vez que emergiu uma aplicabilidade prática no cuidado.

Um dia eu não aguentava mais a mãe me dizer que queria ir para casa dela, então eu lembrei que eu tinha umas linhas, dei a ela e pedi que ela desenrolasse para mim, ela ficou uma hora e meia ali tentando, queria que tu viste, ela ficou numa paz. Lá no AMICA eles sempre dizem que tem que ter algo que ocupe eles (pessoa com Alzheimer), não é televisão, é

algo manual [...] Então eu comprei uma massinhas de modelar para ela e lá na casa da minha filha ela pinta, tem que ver, pinta bem direitinho sem nenhum borrão. Então eu estou tentando estimular essas coisas, a minha filha quer comprar uma bonequinha para ela, porque ela tem paixão por boneca, então ela pode se entreter cuidando, vestindo a boneca sabe, essas coisinhas. (F6)

Outras formas de (geronto)tecnologias, dessa vez, na forma de produto, também foram empregadas pelo familiar F6, como a massa de modelar, pintura e o novelo de linha para ser desenrolado e apresentaram bom resultado em aplicação prática no cuidado da pessoa idosa com DA.

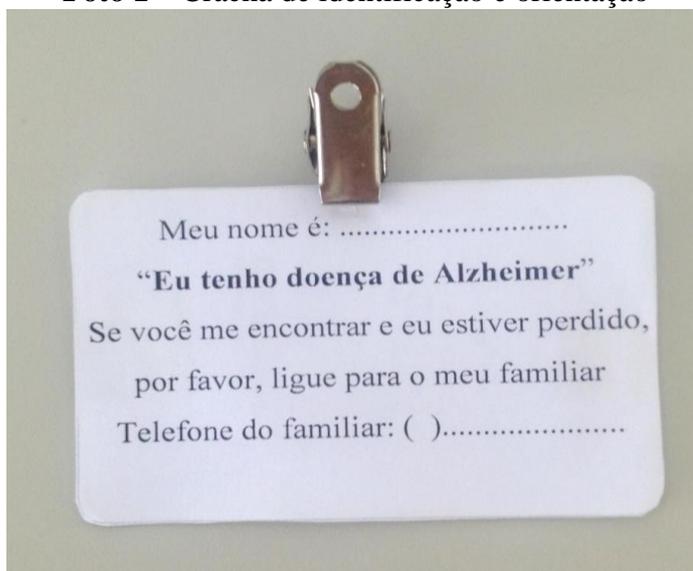
4.15.2 (Geronto)Tecnologias relacionadas ao esquecimento do caminho de casa

Uma situação comum, em pessoas idosas com a DA, é saírem de casa e não lembrarem o caminho para retornar. Para tanto, os familiares sugerem como (geronto)tecnologia, na forma de produto, a utilização de um crachá ou pulseira de identificação contendo o nome da pessoa idosa com DA e o telefone de um familiar.

Lá no grupo já ensinaram a fazer um crachá, com o nome e com o telefone de um familiar, e colocar na roupa da pessoa com Alzheimer, porque daí, se ela se perder, sair e não lembrar o caminho de casa, alguém pode encontrar, ver o crachá e ligar, né?! (F2)

Diz que agora tem umas pulseiras criadas para as pessoas com Alzheimer utilizar que vai o nome da pessoa e o telefone para contato. (F8)

Foto 1 – Crachá de identificação e orientação



Fonte: autoria própria, 2016.

O familiar F1 refere como (geronto)tecnologia na forma de conhecimento/estratégia o diálogo com os vizinhos e estabelecimentos comerciais próximos de sua residência, com vistas ao cuidado da pessoa idosa com DA.

Eu avisei os vizinhos próximos e nos mercados que a minha mãe tinha Alzheimer [...] as pessoas têm que saber, porque daí, se ela se perdesse, alguém já me avisava. (F1)

4.15.3 (Geronto)Tecnologias relacionadas à não aceitação do banho

Nesta subcategoria podem-se observar duas (geronto)tecnologias que demonstraram-se positivas, na aplicação prática junto à pessoa idosa com DA, em situações em que a mesma se negava à realização da higiene corporal. Primeiramente tem-se uma na forma de conhecimento/estratégia, utilizada por F2, a partir da negociação com a pessoa idosa sobre algo que lhe era prazeroso, a “missa”.

[...] nós começamos a utilizar a situação da missa para ele poder tomar banho, porque ele sempre ia na missa. Dizíamos a ele que para ir na missa ele tinha que tomar o banho. Mesmo quando não tinha missa, nós utilizávamos essa estratégia e sempre deu certo. (F2)

No relato de F13, pode-se observar a utilização de uma (geronto)tecnologia na forma de produto, apresentada como “calendário para o banho”, que tem sua lógica, também, na negociação de algo prazeroso para a pessoa idosa com DA.

Um dia eu estava no AMICA e falei da dificuldade que eu estava enfrentando com relação ao banho e um familiar me sugeriu que eu fizesse uma competição, uma espécie de jogo com o meu marido. Então, lá em casa eu fiz o seguinte, coloquei um papel na parede com todos os dias [...] na parte superior tem os dias da semana e, embaixo, os dias do mês, uma espécie de calendário. Então fiz um desafio para ver quem ganha, os dias que ele não aceita tomar banho, ele tem que fazer um xis de azul em cima do dia, e, quando ele toma banho, faz um xis de vermelho. Como ele é colorado, quer sempre ver o calendário cheio de xis vermelho, toma banho, vai lá e marca aquele xis bem faceiro [...] às vezes, quando ele não quer tomar banho, eu marco uns dias de azul e ele olha e pergunta: “Tudo isso de azul?”. E eu respondo: Sim [...] tem que tomar banho hoje para marcar de vermelho. Daí ele aceita tomar banho para eu dar a caneta vermelha. Foi o jeito que encontrei para ele tomar banho! (F13)

Foto 2 – Calendário do banho

“CALENDÁRIO DO BANHO”
OUTUBRO 2016
INTER X GRÊMIO

SEG	TER	QUA	QUI	SEX	SÁB	DOM
01	02	03	04	05	06	07
08	09	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31				

Fonte: Autoria própria, 2016.

4.15.4 (Geronto)Tecnologia relacionada com a alimentação

Esta subcategoria apresenta uma (geronto)tecnologia bem simples de ser empregada e que, na realidade da familiar F2, teve resultado positivo na aplicação prática junto à pessoa idosa com DA. Trata-se de negociar com a pessoa idosa a ingestão de alimentos leves e em pequena quantidade, quando a pessoa idosa se alimentou anteriormente, mas não se lembra de já ter o feito e insiste em se alimentar.

[...] quando ela já se alimentou e insiste que não o fez e que está com fome, eu digo para ela: Então tá, mãe, vamos fazer assim, a senhora come um pouquinho agora e daqui a pouco come um pouco mais. Daí eu dou uma fruta ou outra coisa leve para dar uma engabelada nela, porque na verdade ela já comeu e não se lembra. Dessa forma eu evito de dizer não, sabe?! Porque o não é algo muito ruim para eles, até já falaram disso no grupo, se eu disser não para ela, que ela já comeu, ela vai dizer que não comeu, porque não se lembra mais, vai dizer que está com fome, vai ficar ansiosa e já vai gerar um conflito e vai desencadear um outro quadro nela, vai deixá-la irritada. (F2)

4.15.5 (Geronto)Tecnologias relacionadas com a repetição e irritabilidade

Em situações em que a pessoa idosa apresentar-se repetindo várias vezes a mesma coisa, ou irritada, deve-se, conforme relatado por F3 e F6, distraí-la, lhe falando de um assunto bem diferente do que lhe causou a irritação ou a repetição. Essas formas de conduzir a situação a partir de estratégias podem ser pensadas como (geronto)tecnologias de cuidado, uma vez que tiveram uma aplicação prática no cuidado à pessoa idosa, na realidade investigada.

[...] quando ela fica muito repetitiva em algum assunto, quando insiste em fazer algo, eu entro no jogo dela para não deixar ela braba, frustrada, porque eles são assim, num momento eles estão conscientes e daqui um pouco já não estão mais, então eu procuro mudar o foco, desviar a atenção dela para outra coisa. (F3)

[...] o que eu faço para não me irritar com ela, quando eu percebo que ela está falando muito de determinado assunto, eu falo outra coisa bem diferente para distraí-la e ela esquecer do primeiro assunto. (F6)

Outra (geronto)tecnologia na forma de produto, empregada por F3 no cuidado à pessoa idosa com DA, foi a utilização de atividade manual, pela produção de crochê, uma vez que emergiu efeito positivo em aplicação prática no cuidado, tendo como efeito manter a pessoa idosa distraída, calma, tranquila e envolvida com a (geronto)tecnologia, o que, segundo a familiar/cuidadora, evitava que ela se irritasse com outras situações.

[...] quando ela era mais jovem, fazia crochê, daí eu testei para ver se ela ainda sabia/conseguia fazer e ela conseguiu. Então agora eu tenho dado coisas assim para ela fazer, dou tolhas de mesa e, quando ela está ali, ela fica tranquila e prestando atenção no trabalho, tanto que, se eu deixar ela fica o dia inteiro, não lembra de comer, de caminhar de nada... só fica ali, eu é que tenho que lembrar ela de comer e convidar para dar uma caminhada. Então isso para ela é bom, porque ela se distrai trabalhando e não se irrita com as outras coisas, porque às vezes ela se irrita, sabe? Quando eu não tenho nem dinheiro para comprar o tecido [...] daí eu desmancho o trabalho para ela fazer de novo e ela não percebe. (F3)

4.15.6 (Geronto)Tecnologias relacionada com a Medicação

Nesta subcategoria, os familiares cuidadores referem a utilização de (geronto)tecnologias na forma de produto, empregadas para cuidado relacionado com a

medicação da pessoa idosa com DA. Pode-se perceber que os familiares F6 e F3 utilizam-se de uma caixa contendo espaços separados com os dias da semana e o horário/turno em que as medicações devem ser administradas à pessoa idosa com DA ou separados por manhã, meio-dia e noite.

Para os remédios, nós ajeitamos numa caixinha que tem os dias da semana: segunda, terça, quarta, quinta, sexta, sábado e domingo; de um lado, dia, e do outro, noite. Então nós arrumamos todas as medicações da semana ali e não tem como a gente mesmo errar, se perder ou esquecer. (F6)

Nós fizemos uma caixa dividida em três partes que correspondem as medicações da manhã, do meio dia e da noite. Daí deixamos as caixas dos remédios nos espaços certos para não nos atrapalharmos nas medicações (F3).

Foto 3 – Caixas para armazenar os medicamentos



Fonte: Autoria própria, 2016.



Fonte: dados da pesquisa, 2016.

O familiar F2 utiliza-se de dispositivos (vidrinhos) como (geronto)tecnologia de cuidado para separar as medicações por dias da semana e horário/turno.

A medicação nós começamos a dividir, pegávamos uns vidrinhos e escrevia neles os dias da semana, segunda, terça, quarta e assim por diante, e a hora, manhã, tarde e noite. Daí nós tirávamos os remédios das caixas e organizávamos nos vidrinhos para toda a semana, para ele tomar por conta (F2).

Foto 4 – potinhos para medicação



Fonte: autoria própria, 2016.

O familiar F10 também se utilizava de uma (geronto)tecnologia na forma de produto com relação ao cuidado com a medicação da pessoa idosa. Trata-se de identificar com caneta permanente as cartelas de medicação com dias do mês em que as mesmas devem ser administradas, não ocorrendo, dessa forma o erro ou esquecimento na administração.

Com a medicação eu fiz uma coisa que acho que é importante passar para outras pessoas. Como eles (pessoas idosas com DA) tomam muito medicação, eu fazia o seguinte: pegava a cartelinha de medicação e escrevia com aquelas canetas de escrever em CD... Primeiro escrevia o mês, exemplo: mês 4... E em cima de cada comprimido, dentro da cartelinha, eu colocava o dia, por exemplo: dia 1, 2,3... Se a mesma medicação tivesse que ser dada mais de uma vez ao dia, eu repetia o número, por exemplo: 1, 1...2, 2... e assim por diante. Porque, assim, nem eu, nem as cuidadoras tinham como se perder... Não adianta eu escrever na caixa: tomar três vezes por dia, mas eu posso me confundir se já dei ou não. Assim, escrito em cima do comprimido não tem erro, eu olhava e via, se hoje era dia primeiro, e a medicação do dia 1 ainda estivesse ali, é porque ainda não havia sido dada para a mãe. (F10)

Foto 5 – cartelas de medicação com o mês e dias em que a medição deve ser tomada



Fonte: autoria própria, 2016.

4.15.7 (Geronto)tecnologias relacionadas com o dinheiro

Com relação ao dinheiro, quando a pessoa idosa já perdeu a capacidade reconhecer o valor do mesmo, mas ainda possui conhecimento da sua importância e/ou apego ao mesmo, faz-se necessária a utilização de (geronto)tecnologias de cuidado. Nesse sentido, os familiares utilizaram (geronto)tecnologias na forma de conhecimento/estratégias. F13 reconheceu que o seu familiar idoso com DA ficava feliz, inseria o dinheiro aos poucos em sua carteira com notas de valor baixo.

Eu coloco o dinheiro aos poucos e notas de valor baixo, na carteira dele, porque ele fica feliz. Ele olha e acha que tem um monte de dinheiro, mas na verdade é um monte de notas de baixo valor. Daí eu vou controlando o quanto coloco. (F13)

Tem que trocar as notas de valor alto, pela mesma quantia de notas, mas de valores baixos. Isso eu aprendi com outro familiar no grupo. Assim, a gente não tira totalmente a autonomia deles, evita constrangimentos e que eles fiquem brabos e, se eles derem para alguém ou esconderem, pelo menos vai ser valor baixo. Lá no grupo, outro familiar disse que fazia assim, porque o pai dele perdeu a noção do valor do dinheiro, mas contava bem certinho a quantidade de notas que tinha na carteira, para ver se ninguém o roubava. (F2)

É possível observar na fala de F2 a importância de não retirar totalmente a autonomia da pessoa idosa com relação ao seu dinheiro. Conforme a familiar, essa (geronto)tecnologia teve resultado positivo na utilização prática e foi socializada por outro familiar no AMICA.

4.15.8 (Geronto)tecnologias relacionadas ao desconhecimento/estigmatização da DA

Nesta subcategoria, os familiares referiram o desconhecimento de algumas pessoas em relação à DA e que, em decorrência disso, muitas famílias optam por esconder a doença no núcleo familiar. O familiar F2 referiu que a DA, até um tempo atrás, era um tabu e que faz muito pouco tempo que começou-se a falar abertamente sobre essa doença. Referiram que utilizavam-se do *folder* e manual construídos no AMICA como (geronto)tecnologias cuidativo-educacionais para orientação dos cuidados à pessoa idosa com DA e divulgação da doença.

[...] eu tenho orientado muitas pessoas a partir da minha vivência no grupo, mostro o folder, o manual do AMICA e explico sobre a doença e convido a procurar o grupo [...] porque o Alzheimer continua sendo uma doença que as pessoas, as famílias, por desconhecimento, ainda tentam esconder, deixam só para os mais íntimos saber. (F1)

Eu convido todo mundo que eu sei que cuida de um idoso com Alzheimer para participar do AMICA, explico como funciona, mostro o nosso manual construído no grupo [...] até um tempo atrás essa doença era um tabu, faz muito pouco tempo que começou-se a falar sobre essa doença abertamente e tem pessoas que ainda não têm conhecimento sobre o Alzheimer. (F2)

Pode-se observar, ainda, que os familiares/cuidadores, ao orientarem outras pessoas, utilizavam o AMICA como (geronto)tecnologia de referência. Explicavam o seu funcionamento e convidavam as pessoas para participarem.

Foto 6 – Manual e folder construídos no AMICA



Fonte: Blumke, Filippin, Blasi (2013).

Fonte: AMICA (2009).

4.15.9. (Geronto)tecnologias relacionadas ao risco de queda

Com relação ao risco de quedas apresentado pelas pessoas idosas com DA, os familiares referiram a utilização de barras de apoio nos banheiros e corrimão em escadas como (geronto)tecnologias na forma de produto.

Na entrada da casa da mãe, nós colocamos um corrimão, numa subidinha, numa escada; no banheiro colocamos umas barrinhas para ela se apoiar na frente do vaso sanitário e dentro do box. (F12)

No banheiro nós colocamos as barrinhas de ferro na parede para ela se segurar. (F5)

Foto 7 – Barra de apoio para pessoa idosa



Fonte: dados da pesquisa, 2016.

4.15.10 (Geronto)tecnologia relacionada ao controle dos cuidados

Pode-se visualizar, no relato de F10, que, com objetivo de se sentir mais seguro com relação aos cuidados ofertados à pessoa idosa com DA, implementou uma (geronto)tecnologia na forma de produto. O formato da (geronto)tecnologia é de um relatório diário, onde eram realizadas anotações referentes ao cuidado.

Outra coisa que eu implementei foi o relatório diário [...] tudo que as cuidadoras faziam elas tinham que anotar, era um livro tipo ata, desde a hora da chegada até a hora de saída delas. Os sinais vitais, a medicação que foi dada, se urinou, se evacuou, tudo estava anotado nesse livro. Eu acho muito importante isso, porque às vezes a gente ficava na dúvida de alguma coisa, a gente procurava no livro e lá estava escrito tudo que foi feito e data direitinho, era um controle muito bom de tudo. (F10)

Conforme observa-se no relato, a (geronto)tecnologia obteve resultado positivo no processo de cuidado da pessoa idosa, pois, quando surgia alguma dúvida em relação ao cuidado, recorriam à (geronto)tecnologia e lá estavam escritos a data e tudo o que havia sido realizado.

Foto 8- Relatório diário



Fonte: autoria própria, 2016.

Para melhor visualização das (geronto)tecnologias utilizadas pelos familiares/cuidadores, apresenta-se, a seguir, o Quadro II, com uma síntese das (geronto)tecnologias empregadas/sugeridas pelos familiares/cuidadores no cotidiano de cuidados à pessoa idosa com doença de Alzheimer.

Quadro II- Síntese das (geronto)tecnologias empregadas/sugeridas pelos familiares/cuidadores no cotidiano de cuidados à pessoa idosa com doença de Alzheimer

(Geronto)Tecnologias empregadas/sugeridas pelos familiares/cuidadores no cotidiano de cuidados à pessoa idosa com doença de Alzheimer	
NA FORMA DE PRODUTO	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Massa de modelar, novelo de linha e boneca como (geronto)tecnologias de entretenimento da pessoa idosa com DA; ➤ Crachá ou pulseira de identificação da pessoa idosa e contato telefônico do familiar como (geronto)tecnologia de cuidado; ➤ Jogo de competição no formato de calendário para facilitar o aceite da higiene corporal como (geronto)tecnologia de cuidado da pessoa idosa com DA; ➤ Técnica de crochê como (geronto)tecnologia para auxiliar em momentos de repetição ou irritabilidade da pessoa idosa com DA; ➤ Caixa contendo espaços separados com os dias da semana e o horário/turno em que as medicações devem ser administradas à pessoa idosa com DA; ➤ Caixa com espaços separados por turno, manhã, meio-dia e noite para separar as medicações; ➤ Dispositivos [vidrinhos/potinhos] como (geronto)tecnologia de cuidado para separar as medicações por dias da semana e horário/turno; ➤ Cartelas de medicação com dias de administração dos comprimidos identificados com caneta permanente; ➤ <i>Folder</i> e manual construídos no AMICA como (geronto)tecnologias cuidativo-educacionais para orientação dos cuidados à pessoa idosa com DA; ➤ Corrimão e barras de apoio como (geronto)tecnologias de cuidado e prevenção das quedas em pessoas idosas com DA; ➤ Livro denominado “relatório diário” como (geronto)tecnologia de comunicação e cuidado da pessoa idosa com DA.
NA FORMA DE PROCESSO/ CONHECIMENTO/ ESTRATÉGIA	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Retirada da pessoa idosa com DA de sua casa, dar uma volta e retornar ao mesmo ambiente – (geronto)tecnologia cuidativa em momentos de esquecimento da pessoa idosa acerca da própria casa; ➤ Distração da pessoa idosa como (geronto)tecnologia cuidativa para retirá-la do foco ao qual ela apresenta-se repetitiva/confusa; ➤ Diálogo com vizinhos e estabelecimentos comerciais próximos acerca da DA na pessoa idosa – (geronto)tecnologia cuidativa

	<p>para situações em que a pessoa idosa saia e esqueça o caminho para retornar a casa;</p> <ul style="list-style-type: none">➤ Utilização de situações prazerosas para pessoa idosa “missa” – (geronto)tecnologia cuidativa relacionada à não aceitação do banho;➤ Oferta de alimentos leves e em quantidades reduzidas – (geronto)tecnologia cuidativa relacionada ao esquecimento da pessoa idosa quanto a já ter se alimentado;➤ Focar em um assunto diferente do que a pessoa idosa está insistindo como forma de distraí-la – (geronto)tecnologia cuidativa em momentos de repetição e irritabilidade da pessoa idosa;➤ Substituição de notas de dinheiro com valor alto, pela mesma quantidade, porém com menor valor, na carteira da pessoa idosa com DA – (geronto)tecnologia cuidativa relacionada à autoestima da pessoa idosa em situações de esquecimento do valor do dinheiro, mas de apego ao mesmo.
--	---

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

5 PARA ILUMINAR OS FENÔMENOS INVESTIGADOS...

Os resultados deste estudo serão discutidos na forma de três artigos científicos. O primeiro, intitulado: “(Geronto)tecnologia cuidativo-educacional na doença de Alzheimer e no apoio ao idoso/família: perspectiva dos docentes/discentes”, o segundo: “(Geronto)tecnologia cuidativo-educacional para pessoas idosas/famílias com a doença de Alzheimer: perspectiva dos familiares/cuidadores”; e o terceiro: “(Geronto)tecnologias utilizadas pelos familiares/cuidadores de idosos com doença de Alzheimer: contribuição ao cuidado complexo”, relacionam-se, respectivamente, ao primeiro, segundo e terceiro objetivos específicos da tese, mais bem visualizados no Quadro III:

Quadro III - Apresentação dos títulos e objetivos dos artigos

Artigo 1	Objetivo do artigo 1	➤ Conhecer a compreensão dos docentes e discentes dos cursos das áreas da saúde e humanas acerca do AMICA como uma (geronto)tecnologia cuidativo-educacional complexa no contexto da doença de Alzheimer e de apoio à pessoa idosa/família.
Artigo 2	Objetivo do artigo 2	➤ Descrever as contribuições do AMICA como (geronto)tecnologia cuidativo-educacional complexa no contexto da doença de Alzheimer em pessoas idosas, na perspectiva de familiares/cuidadores.
Artigo 3	Objetivo do artigo 3	➤ Identificar (geronto)tecnologias desenvolvidas/empregadas pelos familiares/cuidadores como estratégias de cuidado complexo à pessoa idosa/família com doença de Alzheimer.

O primeiro artigo será submetido à publicação na *Revista da escola de Enfermagem Anna Nery*, com indexação B1 no Qualis de Periódicos da Enfermagem da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). O segundo artigo será submetido à *Revista Brasileira de Enfermagem*, e o terceiro artigo, à *Revista Texto & Contexto Enfermagem*, ambas com indexação A2 no Qualis de Periódicos da Enfermagem da CAPES.

As produções científicas serão apresentadas, a seguir, de acordo com as normas de publicação definidas pelos próprios periódicos científicos mencionados, as quais podem ser visualizadas nos seguintes endereços eletrônicos: *Revista da Escola de Enfermagem Anna Nery* - <http://www.scielo.br/revistas/ean/pinstruc.htm>. *Revista Brasileira de enfermagem* - <http://www.scielo.br/revistas/reben/pinstruc.htm#003>. *Revista Texto & Contexto Enfermagem* - <http://www.textoecontexto.ufsc.br/preparo-dos-manuscritos/>

5.1 ARTIGO 1

(GERONTO)TECNOLOGIA CUIDATIVO-EDUCACIONAL NA DOENÇA DE ALZHEIMER E NO APOIO AO IDOSO/FAMÍLIA: PERSPECTIVA DOS DOCENTES E DISCENTES

EDUCATIONAL AND CARE-RELATED (GERONTO) TECHNOLOGY IN ALZHEIMER'S DISEASE AND IN SUPPORTING THE ELDERLY/FAMILY: PERSPECTIVE OF TEACHERS AND STUDENTS

(GERONTO) TECNOLOGÍA CUIDATIVA-EDUCATIVA EN LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER Y EN EL APOYO AL ANCIANO/FAMILIA: PERSPECTIVA DE LOS ENSEÑANTES Y ESTUDIANTES

(Geronto)Tecnologia cuidativo-educacional na doença de Alzheimer

Resumo

Objetivo: Conhecer a compreensão dos docentes e discentes dos cursos das áreas da saúde/humanas acerca do grupo Assistência Multidisciplinar Integrada aos Cuidadores de Pessoas com a doença de Alzheimer como uma (geronto)tecnologia cuidativo-educacional no contexto da doença de Alzheimer e de apoio à pessoa idosa/família. **Métodos:** Pesquisa exploratória, descritiva, qualitativa, com sete docentes e nove discentes do grupo de apoio de uma instituição universitária do Rio Grande do Sul, Brasil. Os dados foram coletados entre novembro e dezembro/2015, pela técnica de Grupo Focal, e foram submetidos à Análise Textual Discursiva. **Resultados:** Docentes e discentes compreendem o grupo como uma (geronto)tecnologia, pelas ações de educação e cuidado desenvolvidas. Referem que o mesmo possui a capacidade de produzir novas gerontotecnologias, o que demonstra a sua capacidade como (geronto)tecnologia cuidativo-educacional complexa. **Conclusão:** Necessita-se repensar

o Grupo como uma (geronto)tecnologia cuidativo-educacional complexa, fortalecendo-o para o desenvolvimento de novas tecnologias.

Palavras-chave: Idoso; Doença de Alzheimer; Tecnologia; Dinâmica não linear; Enfermagem.

Abstract

Objective: To know the understanding of teachers and students of the courses of the fields of health and human sciences about the group on Integrated Multidisciplinary Care to Caregivers of People with Alzheimer's disease as an educational and care-related (geronto) technology in the context of Alzheimer's disease and of support to the elderly person/family. **Methods:** This is an exploratory, descriptive and qualitative research involving seven teachers and nine students of the support group of a university institution in Rio Grande do Sul, Brazil. Data were collected between November and December/2015, through the Focus Group technique, and then submitted to Discursive Textual Analysis. **Results:** Teachers and students understand the group as a (geronto) technology, due to the developed educational and care-related activities. They mention that the group has the ability to produce new gerontotechnologies, which demonstrates its ability as a complex educational and care-related (geronto) technology. **Conclusion:** One needs to rethink the Group as a complex educational and care-related (Geronto) technology, thus strengthening it for the development of new technologies.

Keywords: Aged; Alzheimer disease; Tchnology; Nonlinear Dynamics; Nursing.

Resumen

Objetivo: Conocer la comprensión de los enseñantes y estudiantes de los cursos de las áreas de salud y ciencias humanas acerca del grupo Asistencia Multidisciplinaria Integrada a los

Cuidadores de Personas con la enfermedad de Alzheimer como una (geronto) tecnología cuidativa-educativa en el contexto de la enfermedad de Alzheimer y de apoyo a la persona anciana/familia. **Métodos:** Investigación exploratoria, descriptiva y cualitativa con siete enseñantes y nueve estudiantes del grupo de apoyo de una institución universitaria de Rio Grande do Sul, Brasil. Los datos fueron recogidos entre noviembre y diciembre/2015, mediante la técnica de Grupo Focal, y sometidos después al Análisis Textual Discursivo. **Resultados:** Enseñantes y estudiantes comprenden el grupo como una (geronto) tecnología, debido a las acciones de educación y cuidado desarrolladas. Ellos afirman que el grupo tiene la capacidad de producir nuevas gerontotecnologías, lo que demuestra su capacidad como (geronto) tecnología cuidativa-educativa compleja. **Conclusión:** Es necesario replantear el Grupo como una (Geronto) tecnología cuidativa-educativa compleja, fortaleciéndolo para el desarrollo de nuevas tecnologías.

Palabras clave: Anciano; Enfermedad de Alzheimer; Tecnología; Dinámicas no lineales; Enfermería.

Introdução

Verifica-se um crescente aumento do número de pessoas idosas, bem como das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNTs), como é o caso da doença de Alzheimer (DA), que, embora também acometa pessoas jovens, possui sua maior incidência em maiores de 65 anos¹. A DA inicia de forma lenta, silenciosa e apresenta um quadro clínico variável de pessoa a pessoa, o que as conduz a esquecimentos leves até um quadro de restrição ao leito. Tornam-se necessários supervisão e cuidados constantes², realizados, na maioria das vezes, por um familiar, no domicílio³, o que denota a necessidade de investimento no cuidado dos familiares/cuidadores.

Percebendo a realidade vivenciada por esses familiares e a importância de uma atuação integrada no contexto da Gerontologia, alguns profissionais e instituições de saúde/ensino têm investido esforços no cuidado e orientação aos mesmos, com a criação de grupos de apoio a familiares/cuidadores de pessoas idosas com a DA. Nesses grupos, profissionais de disciplinas das áreas da saúde e humanas reúnem-se com os familiares/cuidadores, fornecendo-lhes orientações sobre a doença e de cuidado ampliado e contextualizado, tanto à pessoa idosa como para o autocuidado dos familiares/cuidadores⁴.

Nessa perspectiva, apresenta-se o grupo Assistência Multidisciplinar Integrada aos Cuidadores de Pessoas com a Doença de Alzheimer (AMICA), desenvolvido desde o ano de 2007, por um grupo de docentes e discentes dos cursos de Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Nutrição, Odontologia, Psicologia e Terapia Ocupacional de uma Instituição de Ensino Superior (IES) do Rio Grande do Sul⁵. O AMICA objetiva prestar assistência aos cuidadores, debatendo assuntos do cotidiano relacionados à DA, auxiliando-os na compreensão desta doença, bem como na melhoria da qualidade de vida (QV) da pessoa idosa com DA e dos familiares/cuidadores^{4,6}.

O processo descrito é possível por meio da interação e inter-relação que possibilita a reciprocidade entre os cuidadores, docentes e discentes, bem como troca de ideias e de interatividade, o que tem contribuído à tríade ensino/pesquisa/extensão, na realidade investigada⁴. Tal processo, realizado de forma planejada e circular, repercute na educação e no cuidado da pessoa idosa com DA/família.

Estudo desenvolvido no AMICA demonstrou sua contribuição, também, para os docentes e discentes, com relação à (re)construção de saberes por meio das experiências vivenciadas, o que lhes possibilitou crescimento pessoal e profissional⁶. O AMICA apresenta-se como uma (geronto)tecnologia cuidativo-educacional complexa para familiares/cuidadores

de pessoas idosas com DA, docentes e discentes dos cursos das áreas da saúde/humanas, geradora de novas gerontotecnologias de cuidado à pessoa idosa/família.

O termo “(geronto)tecnologia cuidativo-educacional complexa” derivou-se da união dos conceitos de tecnologia⁷⁻⁸, gerontologia⁹ e complexidade¹⁰⁻¹¹. Pode ser compreendido como: todo produto, processo, estratégias, serviço e/ou conhecimento, com a finalidade cuidativo-educacional da pessoa idosa e de seus familiares/cuidadores, fruto de uma construção/vivência coletiva complexa, que valorize as relações, interações e retroações dos envolvidos, por meio do conhecimento inter-multi-trans-meta-disciplinar.

Torna-se importante compreender a percepção dos docentes e dos discentes participantes do AMICA acerca dessa afirmação, uma vez que a forma como pensam e refletem sobre o grupo repercute diretamente no modo como conduzem as atividades desenvolvidas no mesmo. Justifica-se a necessidade e relevância deste estudo, que pode servir de orientação para outros profissionais que pretendam ou já estejam desenvolvendo atividades semelhantes.

Frente ao exposto, questiona-se: Qual a compreensão dos docentes e discentes dos cursos das áreas da saúde e humanas, acerca do AMICA como uma (geronto)tecnologia cuidativo-educacional no contexto da DA e de apoio à pessoa idosa/família? Objetiva-se: Conhecer a compreensão dos docentes e discentes dos cursos das áreas da saúde e humanas acerca do AMICA como uma (geronto)tecnologia cuidativo-educacional no contexto da DA e de apoio à pessoa idosa/família.

Metodologia

Pesquisa exploratória, descritiva, qualitativa¹², que possui como fio condutor a Complexidade de Edgar Morin¹⁰. O estudo contou com 16 participantes, dos quais sete docentes e nove discentes dos cursos das áreas da saúde/humanas, que participam do AMICA.

Os critérios de inclusão para a participação no estudo foram: ser docente ou discente de um dos cursos das áreas da saúde ou humanas e estar participando assiduamente das reuniões semanais do projeto por um período mínimo de seis meses. Tempo suficiente para que os participantes já tivessem interagido, adquirido conhecimentos sobre a DA e compreendido a forma de atuação do AMICA, estando aptos a descrever suas vivências.

Os docentes e discentes foram convidados a participar do estudo durante um dos encontros do AMICA. Após o aceite, procedeu-se à coleta de dados por meio da técnica de Grupo Focal (GF), o qual possibilita o diálogo a respeito de um tema particular, vivenciado e compartilhado por meio de experiências comuns. A escolha por essa técnica ocorreu pela possibilidade de ampliar as interações, visto que a expressão coletiva serviu como elemento para explorar as diversas ideias¹³. O GF contou com a participação de um coordenador, o pesquisador principal e com uma observadora, que auxiliou no processo de coleta, gravação dos discursos coletivos, anotações e dinâmicas realizadas nos encontros.

No período de novembro a dezembro de 2015, foram realizados quatro encontros focais, dois com o grupo de docentes e dois com o dos discentes. Cada encontro durou aproximadamente 120 minutos e foi norteado por tema específico. No primeiro encontro com os docentes, o moderador convidou os participantes a refletirem sobre o AMICA, a partir dos questionamentos: Como está sendo para você participar das atividades do AMICA? Você acredita que o grupo contribua para o processo de ensino-aprendizagem acerca do cuidado complexo no contexto da DA em pessoas idosas/famílias? Na sequência, os participantes elaboraram uma síntese dos principais assuntos abordados, momento que potencializou diálogos e reflexões coletivas acerca dos pontos discutidos.

No segundo encontro, ampliaram-se alguns pontos dialogados no encontro anterior e o moderador perguntou aos participantes o que compreendiam por “tecnologia” e por “gerontotecnologias”. Após, foram apresentados alguns conceitos de tecnologia e

gerontotecnologia e o moderador perguntou: Com base na sua resposta acerca dos conceitos anteriormente apresentados e discutidos: como você percebe o AMICA nesse contexto? Após, buscou-se ampliar conceitos com objetivo de desenvolver a compreensão do grupo como uma (geronto)tecnologia cuidativo-educacional complexa e construiu-se a síntese coletiva do encontro a partir dos temas trabalhados.

No primeiro encontro com os discentes, o moderador provocou uma reflexão sobre o significado do AMICA, que conduziu o grupo a uma discussão coletiva acerca da contribuição no seu processo de formação. Posteriormente, o moderador instigou a discussão por meio dos questionamentos: O que levou você a participar do AMICA e o que faz com que você se mantenha no grupo? Você acredita que o AMICA contribua para o seu processo de ensino-aprendizagem acerca do cuidado complexo à pessoa idosa/família com a DA?

No segundo encontro, foram retomados e ampliados pontos destacados no encontro anterior. Após, os participantes refletiram e dialogaram sobre o que compreendiam por “tecnologia” e por “gerontotecnologia” e o moderador perguntou como percebiam o AMICA nesse contexto. As respostas conduziram o grupo a refletir sobre o processo cuidativo-educacional que ocorre no AMICA. A partir disto, o moderador realizou o questionamento: Em que momento ou de que forma você percebe o processo cuidativo-educacional desenvolvido no AMICA? Após, ampliou-se a compreensão do AMICA como uma (geronto)tecnologia cuidativo-educacional complexa.

Os GFs foram gravados em aparelho *MP3* e transcritos. Após, ocorreu o tratamento dos dados com base na técnica da análise textual discursiva, organizada a partir de uma sequência recursiva de três componentes: 1) Unitarização, onde o pesquisador examinou com intensidade e profundidade os textos em detalhes, fragmentando-os no sentido de atingir unidades de significado; 2) Momento em que buscou-se o estabelecimento de relações entre as unidades de base, combinando-as e classificando-as, resultando em um ou mais níveis de

categorias de análise; 3) Comunicação, onde o pesquisador apresentou as compreensões atingidas a partir dos dois focos anteriores, resultando nos metatextos, que foram constituídos de descrição e interpretação dos fenômenos investigados¹⁴.

Foram considerados os preceitos éticos que envolvem a pesquisa com seres humanos, conforme a Resolução 466/2012 do Ministério da Saúde¹⁵. O Projeto foi aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa pelo CAAE: 48877315.2.0000.5324. Os participantes foram identificados pelas letras DO (docente) e DI (discente) seguidas de um algarismo numérico (DO1, DO2... DO7; DI1, DI2... DI9).

Resultados

Dos sete docentes participantes do estudo, dois eram nutricionistas; um, enfermeiro; um, cirurgião dentista; um, farmacêutico; um, terapeuta ocupacional; e um, psicólogo. Seis eram do sexo feminino e um, do masculino, com idades entre 31 e 58 anos; dois possuíam título de doutor, quatro, de mestre e um, de especialista, cursando o mestrado. Quanto ao tempo de atuação na IES, variou de quatro a 16 anos e o tempo de participação no AMICA, de dois a 10 anos.

Dos nove discentes, dois estavam cursando Enfermagem; dois, Nutrição; um, Psicologia; um, Farmácia; um, Fisioterapia; um, Terapia Ocupacional; e um, Odontologia. Seis eram do sexo feminino e três, do masculino, com idades entre 18 e 42 anos. Quanto ao tempo de curso, variou do segundo ao oitavo semestre. Em relação ao tempo de atuação no AMICA, variou de seis meses a dois anos. Os dados analisados resultaram em três categorias: AMICA: tecnologia ou gerontotecnologia? AMICA: (geronto)tecnologia cuidativo-educacional complexa; AMICA: ambiente complexo e gerador de novas (geronto)tecnologias de cuidado.

AMICA: tecnologia ou gerontotecnologia?

A partir da compreensão dos docentes, o AMICA caracteriza-se como uma (geronto)tecnologia, construída a partir das ações que são desenvolvidas de forma positiva. Alguns participantes complementaram, ao referirem que o AMICA pode ser considerado uma gerontotecnologia ou uma tecnologia ao mesmo tempo, dependendo do ciclo vital para o qual está sendo utilizado:

[...] o AMICA é uma gerontotecnologia! Mesmo sem perceber, antes de sabermos o que era uma gerontotecnologia, nós já atuávamos na/com a gerontotecnologia de forma extremamente positiva, só não tínhamos o conhecimento de que se tratava de uma gerontotecnologia. Nós construímos um grupo como gerontotecnologia por todas as ações que nós desenvolvemos nele, que vêm ao encontro das definições de gerontotecnologias; perceber isso me deixa muito feliz! (DO2).

O AMICA pode ser visto como uma tecnologia e uma gerontotecnologia, ao mesmo tempo, dependendo do ciclo vital para o qual está sendo utilizado (DO7).

O AMICA é uma tecnologia e uma gerontotecnologia de educação e de cuidado ao mesmo tempo, porque no grupo nós cuidamos entre nós, colegas, professores e estudantes também. Então, nós utilizamos uma tecnologia de cuidado, pois nenhum de nós está ainda na fase de ser considerado um idoso. E, à medida que nós implementamos ações e processos que vão ao encontro do cuidado ao idoso com DA, o AMICA também passa a ser considerado uma gerontotecnologia. Então o Grupo é uma tecnologia e uma gerontotecnologia, ao mesmo tempo, pois depende para quem estamos o direcionando em determinado momento (DO2).

Pode-se perceber que no grupo, além do cuidado aos familiares/cuidadores, proporcionam-se, ao mesmo tempo, educação e cuidado entre os demais envolvidos – docentes e discentes. A participante DO5 complementa que o AMICA é uma gerontotecnologia porque ele demonstra aplicação prática, uma vez que, se reproduzido em outra realidade e para pessoas com outras patologias utilizando-se das mesmas ferramentas e metodologias de trabalho, resultados semelhantes serão alcançados:

O grupo é uma gerontotecnologia, mas é porque ela é aplicada, porque, se nós desenvolvêssemos ele para outro grupo de pessoas, como, por exemplo: para pessoas com Parkinson ou artrite reumatoide, utilizando a mesma metodologia, ferramentas e forma de trabalho que utilizamos aqui no AMICA, conseguiríamos um resultado semelhante. O grupo AMICA é uma gerontotecnologia que se utiliza de outras gerontotecnologias e que constrói outras gerontotecnologias, como o estudo, seminários, apresentações, diálogo, escuta, podendo ser utilizada para qualquer grupo de pessoas com diferentes contextos e patologias (DO5).

AMICA: (Geronto)tecnologia cuidativo-educacional complexa

Os discentes reconhecem o AMICA como uma (geronto)tecnologia que possibilita a construção e reconstrução constante de conhecimentos advindos de cada uma das partes para o todo. No grupo, unem-se os saberes dos docentes, dos discentes e dos familiares/cuidadores, o que os instiga à busca constante do conhecimento:

O Grupo AMICA é uma (geronto)tecnologia, pois por meio dele buscamos sempre mais conhecimentos acerca do envelhecimento e da doença de Alzheimer, com objetivo de passar para os familiares/cuidadores que não sabem muito sobre a doença, mas que procuram o grupo buscando o conhecimento. Ao mesmo tempo, esses familiares/cuidadores são a fonte principal do grupo, pois eles trazem muitas novidades e mudanças que nos instigam a buscar mais (DI 1).

É realmente uma construção de saberes, no AMICA estamos sempre construindo, sempre aprimorando, sempre aprendendo, sempre inovando, o grupo é uma tecnologia (DI 4).

No AMICA ocorre a construção e reconstrução constante de saberes, por meio das trocas estabelecidas entre as diferentes profissões e os familiares/cuidadores, que nos instiga cada vez mais à busca de novos conhecimentos, esse é o ponto forte dessa gerontotecnologia (DI 7).

Esse conhecimento é construído pelas trocas permanentes entre todos os participantes, pelas apresentações de trabalhos científicos e pela socialização do conhecimento nas dimensões humana, pessoal e profissional:

Eu percebo o AMICA como (geronto)tecnologia, pois aqui se constrói conhecimentos por meio de apresentação de trabalhos científicos, troca-se conhecimento humano, pessoal, profissional, bem como carinho, afeto, solidariedade, a partir do contato com os colegas, com os professores e com os familiares/cuidadores (DI 8).

Esse conhecimento socializado no AMICA, por meio dos diversos atores envolvidos, instiga constantemente a mais conhecimentos, o que proporciona, conforme os relatos a seguir, um melhor cuidado aos familiares/cuidadores e à pessoa idosa com DA:

O AMICA é uma (geronto)tecnologia que iniciou há anos e vem se construindo, se renovando, não é algo estagnado. Por meio dele nos atualizamos sempre em busca pela melhora do cuidado para os familiares/cuidadores e dos idosos com DA (DI 5).

O grupo é uma (geronto)tecnologia, pois, pela integração das várias profissões, dos vários conhecimentos, temos conseguido proporcionar um melhor cuidado

aos familiares/cuidadores dos idosos com a DA [...] nós estamos sempre em busca de conhecimentos novos para trazer ao grupo e os familiares/cuidadores também nos trazem o que criam em casa para facilitar e melhorar o cuidado ao idoso em casa (DI 3).

Os discentes, por sua vez, também aprendem com os familiares/cuidadores, que trazem do vivido cotidiano junto à pessoa idosa com DA uma bagagem de experiência e conhecimentos que possibilitam aos mesmos criarem gerontotecnologias para facilitar o cuidado à pessoa idosa no dia a dia em ambiente domiciliar.

AMICA: ambiente complexo e gerador de novas (geronto)tecnologias de cuidado

Pode-se perceber que o AMICA, além de ser uma (geronto)tecnologia, produz/gera constantemente novas gerontotecnologias, podendo ser considerado como uma (geronto)tecnologia complexa, geradora de novas (geronto)tecnologias de cuidado:

[...] o AMICA está constantemente gerando novas gerontotecnologias e, dentre elas, a que eu vejo como uma das mais complexas é o acolhimento. O acolhimento é uma tecnologia muito complexa, porque se trabalha com algo muito íntimo, que é procurar conhecê-la e acolher os seus anseios. Uma máquina se aprende a mexer com certa facilidade, agora, acolher uma pessoa que está ali em busca de ajuda, como o AMICA faz, para mim é uma tecnologia muito complexa e que o grupo desenvolve constantemente em cada reunião, em cada encontro (DO1).

O docente salienta, ainda, que acolher uma pessoa é algo bastante complexo, enquanto que mexer em uma máquina é algo que se aprende com certa facilidade. Outras (geronto)tecnologias geradas no AMICA são apresentadas por um docente, como as estratégias, ideias, instrumentos, estudos, métodos, as ferramentas utilizadas para produzir conhecimentos dentro do grupo e melhorar a prática de cuidados no contexto da DA. São outras formas de (geronto)tecnologias geradas no AMICA:

O AMICA gera outras gerontotecnologias, pois dele surgem estratégias, ideias, conhecimento para serem aplicados no melhor cuidado no contexto da DA; são criados instrumentos para facilitar o cuidado, no grupo também se desenvolvem estudos que visam melhorar a prática de cuidados. No dia a dia, os métodos, as ferramentas que são utilizadas para produzir conhecimentos dentro do grupo são gerontotecnologias. No grupo, aprendemos a ouvir e dessa escuta constroem-se novas gerontotecnologias em função do cuidado e orientação daquela pessoa que está no grupo ou mesmo do idoso com DA (DO2).

Observa-se, que o aspecto cuidativo e o aspecto educacional são constantes no grupo de forma circular e complementar, o que permite ao AMICA a característica de (geronto)tecnologia de formação cuidativa e educacional, ao mesmo tempo:

O AMICA também caracteriza-se e permite uma gerontotecnologia de formação, porque nele estuda-se, discute-se e aprende-se para o cuidado. Quando nós, professores e acadêmicos, realizamos visitas domiciliares ao idoso com DA e família, eu preciso desse conhecimento, aprendizado, uma apropriação de algumas gerontotecnologias (DO5).

Outra gerontotecnologia que eu percebo que o grupo executa são as visitas domiciliares para as pessoas idosas com DA; essa visita é uma gerontotecnologia altamente complexa, pois adentramos num ambiente muito íntimo das pessoas, conversamos com a pessoa idosa e com a família, avaliamos o local. Encontrar meios de melhorar o cuidado na realidade deles perpassa por diferentes processos e isso é uma gerontotecnologia de cuidado (DOI).

As visitas domiciliares realizadas pelos docentes e discentes participantes do grupo também são, conforme o relato de um docente, uma forma de (geronto)tecnologia complexa produzida pelo AMICA, pois visam melhorar o cuidado na realidade específica de cada familiar/cuidador participante do grupo. Os discentes referem que o AMICA é, por natureza, uma (geronto)tecnologia, e que possui o potencial de gerar outras (geronto)tecnologias a partir da aquisição, construção e socialização do conhecimento adquirido no grupo e de estratégias aplicadas na prática de cuidados à pessoa idosa com DA:

O Grupo gera novas gerontotecnologias pelo próprio conhecimento que o familiar adquire aqui e que, ao chegar em casa, ele transmite para a pessoa idosa na forma de um melhor cuidado, ou seja, aplicação prática de algo construído no grupo (DI 1).

O grupo gera gerontotecnologias quando os familiares/cuidadores estendem o conhecimento construído aqui no AMICA para os demais familiares, parentes e amigos, e assim o conhecimento vai sendo transmitido, socializado e se expandindo (DI 4).

Percebe-se, dessa forma, que o familiar/cuidador é um dos responsáveis pela socialização e expansão do conhecimento sobre o cuidado à pessoa idosa com DA, pois conduz o conhecimento para os demais familiares, após a participação no AMICA:

A riqueza do grupo como uma gerontotecnologia tem uma extensão muito maior do que a gente possa imaginar, é uma amplitude enorme, pois dele são

construídas novas gerontotecnologias, pois as trocas de conhecimentos e de cuidados que existem entre os docentes, os discentes e os familiares cuidadores constrói novos conhecimentos e outras formas de cuidado que são levados ao domicílio pelos familiares e aplicados aos idosos com DA no dia a dia de cuidados (DI 8).

Novas gerontotecnologias sempre surgem aqui no grupo na forma de estratégias de cuidado. A gente percebe que os cuidadores anotam cada estratégia sugerida pelo grupo e, quando chegam em casa, colocam em prática. Em outro momento eles retornam ao grupo e contam que aplicaram e se deu certo ou não, se aquela estratégia teve aplicação positiva na prática de cuidados (DI 3).

Além do mais, os familiares/cuidadores são imprescindíveis e, também, os principais responsáveis por testar as novas (geronto)tecnologias que emergem dos encontros do AMICA. Aplicam na prática de cuidados à pessoa idosa com DA, os conhecimentos, estratégias e/ou formas de produto sugeridos no grupo e, após, retornam ao mesmo as suas experiências, referindo se determinada estratégia sugerida no/pelo AMICA emergiu efeito ou não na prática de cuidados.

Discussão

O termo “tecnologia” derivou-se do grego, da interligação das palavras *techne* (arte, técnica) e *logos* (corpo de conhecimento). Por essa razão, a palavra “tecnologia” passou a ser utilizada ao aplicar o conhecimento de algumas técnicas empregadas com a finalidade de realizar algo. Por sua amplitude, a tecnologia não deve ser percebida de forma limitada a um mero uso de equipamentos, mas relativa a uma esfera abrangente de ideias transformadoras⁸.

O mesmo ocorre com relação à gerontotecnologia, derivada dos conceitos de gerontologia e tecnologia, que caracteriza-se como tecnologias contributivas para o cuidado à saúde da pessoa idosa, levando em consideração o envelhecimento e o processo saúde/doença, promovendo o cuidado, a corresponsabilidade e a coparticipação¹⁶. O cuidado na perspectiva da tecnologia conduz à reflexão da inerente capacidade do ser humano em buscar inovações capazes de transformar seu cotidiano, visando uma melhor QV e satisfação pessoal¹⁷.

Os docentes dos cursos da área da saúde, participantes deste estudo, reconhecem no AMICA essa capacidade, uma vez que o compreendem como uma tecnologia e, ao mesmo tempo, uma gerontotecnologia, pois partir dele são implementadas ações e processos que vão ao encontro do cuidado à pessoas idosas com DA. Proporcionam-se, também, educação e cuidados aos familiares/cuidadores, docentes e discentes que não são considerados idosos. Por essa razão, evidencia-se que o AMICA caracteriza-se como (geronto)tecnologia cuidativa e educacional, ao mesmo tempo. Os discentes referiram-se ao AMICA como uma (geronto)tecnologia que possibilita a construção e reconstrução constante de conhecimentos advindos de cada uma das partes para o todo.

Esse processo ocorre pela valorização dos diferentes saberes advindos do conhecimento dos docentes, discentes e familiares/cuidadores, que juntos se fortalecem formando um todo, que, no entendimento de Morin, é uma unidade complexa e não se reduz à soma dos elementos que constituem as partes¹¹. Tais saberes, compartilhados de maneira que não exista o domínio de nenhuma disciplina ou de nenhum profissional sobre o outro, permitem o cuidado ampliado, segundo as necessidades das pessoas em suas singularidades¹⁸.

O AMICA permite a articulação entre as diferentes áreas de atuação e de formação, que dão espaço às discussões de Morin, sobre a atuação multi-inter-trans-disciplinar⁶. A multidisciplinaridade constitui-se de uma associação de disciplinas, por conta de um projeto ou objetivo comum. No entanto, podem estar reunidas contra a sua vontade, como numa convocação, por exemplo; ou então por interesse próprio e, portanto, dessa forma, em completa interação¹⁰. A complexidade do sistema traz a interdisciplinaridade como ação que origina um conjunto de mediações de natureza não apenas teórica, mas também políticas, sociais e culturais¹⁹.

Morin salienta a dualidade que essa atuação comporta, referindo que a interdisciplinaridade pode representar, apenas, que pessoas de diferentes disciplinas se

reúnem, defendendo cada uma o seu ponto de vista. Ao mesmo tempo, concebe que pode haver também trocas e cooperação, o que a torna positiva¹⁰.

No contexto das pessoas idosas com a DA/famílias, os enfermeiros e demais profissionais da saúde participantes do AMICA necessitam direcionar o pensamento para a complexidade, para a religação e transposição dos saberes disciplinares, objetivando conseguir atender a multidimensionalidade que comporta tanto a parte, entendida com a pessoa idosa e familiar cuidador, como o todo, ou seja, a família como uma unidade complexa⁵. Com o objetivo de reunir, socializar, horizontalizar e ampliar saberes, com vistas a um saber complexo que potencialize visualização do todo, independente das disciplinas ou especializações de cada área de conhecimento, emerge a transdisciplinaridade¹⁰.

Essa transposição, algumas vezes, ocorre com tal violência que perdem-se, no processo, os conhecimentos disciplinares importantes. São os complexos de inter-multi-transdisciplinaridade que realizam e desempenham um fecundo papel na história das ciências. Nesse sentido, Morin sugere o emprego do conceito de meta-disciplinaridade, que possui a característica de ultrapassar e ao mesmo tempo conservar o conhecimento das várias disciplinas¹⁰.

Por meio dele, os profissionais transpõem o conhecimento disciplinar, ampliando-o para além das disciplinas isoladas, construindo um conhecimento do todo, transdisciplinar e complexo. Ao mesmo tempo, quando é necessário, utilizam-se do conhecimento disciplinar específico de cada área de atuação. Por sua complexidade, o AMICA comporta a inter-multi-trans-meta-disciplinaridade com vistas a promover a saúde do ser humano – pessoa idosa, familiar/cuidador, docentes e discentes – de forma integral e articulada com tudo que o cerca. Por meio dessa interação, potencializam-se redes de relações e interações que permitem a construção coletiva de novas formas de cuidar, condizentes com a complexidade e singularidades existentes em cada pessoa idosa/família⁶.

Os docentes e discentes participantes do estudo referem que o AMICA, além de ser uma (geronto)tecnologia, produz/gera constantemente novas gerontotecnologias, dentre as quais estão o acolhimento, as estratégias, ideias, instrumentos, estudos, métodos, ferramentas utilizadas para produzir conhecimentos dentro do grupo e melhorar a prática de cuidados no contexto da DA. Relatam, também, as visitas domiciliares realizadas pelos docentes/discentes, pois visam melhorar o cuidado na realidade específica de cada pessoa idosa e familiar/cuidador participante do grupo.

Os docentes e discentes participantes do AMICA possuem uma compreensão complexa acerca das (geronto)tecnologias, pois transpuseram a compreensão da máquina e equipamentos materiais diversos na forma de produto. A tecnologia não se limita ao equipamento, volta-se para a organização das atividades, de tal forma que possa ser sistematicamente observada, compreendida e socializada. Deve-se compreendê-la como o conjunto de procedimentos que tornam possível o planejamento, a execução e a avaliação do sistema⁸. Conforme a complexidade, os esforços para melhorar a QV dos idosos necessitam muito mais de presenças humanas do que de aparelhos automáticos²⁰.

Os docentes e discentes referiram que o familiar/cuidador é um dos responsáveis pela socialização e expansão do conhecimento sobre o cuidado à pessoa idosa com DA, pois conduz o conhecimento para os demais familiares, após a participação no AMICA. São imprescindíveis e, também, os principais responsáveis por testar as novas (geronto)tecnologias que emergem dos encontros do AMICA. Aplicam na prática de cuidados à pessoa idosa com DA, os conhecimentos, estratégias e/ou formas de produto sugeridos no grupo e, após, retornam ao mesmo as suas experiências, referindo se determinada estratégia sugerida no/pelo AMICA emergiu efeito ou não na sua prática de cuidados.

Evidencia-se que o AMICA caracteriza-se como uma (geronto)tecnologia cuidativo-educacional complexa, geradora de novas gerontotecnologias de cuidado à pessoa

idosa/família com DA, pela capacidade de distinguir sem separar, associar sem identificar ou reduzir, por meio do encontro de relações e inter-retroações que permitam reciprocidade entre o todo e as partes, ou seja, cada participante em sua singularidade e o grupo como um todo complexo. Reconhece, ao mesmo tempo, a unidade humana em meio às diversidades individuais e culturais e vice-versa²¹.

Conclusão

A partir desta pesquisa, foi possível perceber que os docentes e discentes compreendem o AMICA como uma (geronto)tecnologia, pelas ações que ele desenvolve. Referem que o mesmo utiliza-se de outras (geronto)tecnologias e possui a capacidade de produzir novas (geronto)tecnologias, o que demonstra a sua capacidade como (geronto)tecnologia complexa. Destacaram-se, como pontos fortes do grupo, o acolhimento, a escuta, o conhecimento, a (inter)relação entre os aspectos cuidativo e educacional, entre o conhecimento do docente, discente e familiar/cuidador. O AMICA contribui como (geronto)tecnologia de cuidado e educação para o cuidado, ao mesmo tempo, uma vez que nele são construídos conhecimentos que, aplicados na prática, melhoram o cuidado à pessoa idosa com DA.

Fragilidades permearam a construção deste estudo, dentre elas a dificuldade de reunir os discentes e docentes para o desenvolvimento dos grupos focais. Compreendendo que as desordens são propulsoras de nova ordem, pesquisador e pesquisados se (re)organizaram para a efetivação do grupo, que teve seus encontros desmarcados e remarcados algumas vezes, até a conclusão do processo de coleta dos dados. Como potencialidade, a coleta por meio do GF que possibilitou a identificação de diferenças/semelhanças nas vivências singulares de cada participante, percebendo-os como partes de um todo complexo.

A análise de dados permitiu um processo dinâmico, circular e multidimensional que possibilitou, com o referencial da Complexidade, iluminar o fenômeno sob investigação. Esses fatores contribuíram para a efetivação desta pesquisa, que apresenta características que a tornam contributiva para a inovação e o repensar no Grupo AMICA como uma (geronto)tecnologia cuidativo-educacional complexa, o que o fortalece para o desenvolvimento de novas tecnologias com objetivo de auxiliar os familiares/cuidadores no processo de cuidado da pessoa idosa com a DA.

A conclusão desta pesquisa deixa a “certeza” de que trata-se de um trabalho em constante realização, considerando que cuidar de pessoas idosas com a DA necessita de ações dinâmicas, complexas, multi-inter-trans-meta-disciplinares por meio de um processo contínuo e em rede.

Referências

1. Alzheimer Association. Alzheimer's disease facts and figures. Alzheimer's and dementia [Internet]. 2015[citado 2016 Out. 05]; 11(3): 332-84. Disponível em: https://www.alz.org/facts/downloads/facts_figures_2015.pdf
2. Seima MD, Lenardt MH, Caldas CP. Relação no cuidado entre o cuidador familiar e o idoso com Alzheimer. Rev Bras Enferm. 2014; 67(2):233-40.
3. Ilha S, Backes DS. (Re)Organização familiar no contexto da doença de Alzheimer em idosos: estudo descritivo-exploratório. Online Braz J Nurs [Internet]. 2014 [citado 2016 Out. 05]; 13(sup1):478-81. Disponível em: http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/viewFile/4963/pdf_286
4. Ilha S, Zamberlan C, Gehlen MH, Dias MV, Nicola GDO, Backes DS. Qualidade de vida do familiar cuidador de idosos com Alzheimer: contribuição de um projeto de extensão. Cogitare Enferm. 2012; 17(2):270-6.
5. Ilha S, Backes DS, Backes MTS, Pelzer MT, Lunardi VL, Costenaro RGS. Family (re)organization of elderly with Alzheimer: the professors perception based on its complexity. Esc Anna Nery. 2015; 19(2):331-7.
6. Ilha S, Zamberlan C, Piexak DR, Backes MTS, Dias MV, Backes DS. Contributions of a group about the Alzheimer's disease for family members/caregivers, professors and students from the healthcare field. J Nurs UFPE online. Recife [Internet]. 2013[citado 2016 Out. 05]; 7(4):1279-85. Disponível em: <file:///D:/Meus%20documentos/Downloads/3967-40110-1-PB.pdf>
7. Merhy EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 2005.
8. Nietsche EA, Lima MGR, Rodrigues MGS, Teixeira JÁ, Oliveira BNB, Motta CA et al. Tecnologias inovadoras do cuidado em enfermagem. Rev Enferm UFSM. 2012; 2(1):182-9.

9. Gonçalves LHT, Polaro SHI, Alvarez AM, Goes TM, Medeiros HP. Tecnologias de/em enfermagem no cuidado da vida e saúde do cliente/usuário/paciente idoso. In: Nietzsche EA, Teixeira E, Medeiros HP. Organizadores. Tecnologias cuidativo-educacionais: uma possibilidade para o empoderamento do(a) enfermeiro(a)? Porto Alegre: Moriá; 2014. p. 97-112.
10. Morin E. A Cabeça bem-feita: repensar a reforma, reformar o pensamento. 17ª ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2010.
11. Morin E. Ciência com consciência. 14ª ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2010.
12. Densin NK, Lincoln YS. O planejamento da pesquisa qualitativa – teorias e abordagens. 2ªed. Porto Alegre: Artmed, 2006.
13. Barbour R. Grupos Focais. Porto Alegre: Artmed, 2009.
14. Moraes R, Galiazzi M.C. Análise textual discursiva. 2ª ed. Ijuí: Editora Unijuí, 2011.
15. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa em seres humanos. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012.
16. Barros E JL, Santos SSC, Gomes GC, Erdmann AL. Gerontotecnologia educativa voltada ao idoso estomizado à luz da complexidade. Rev Gaúcha Enferm. 2012; 33(2): 95-101.
17. Schwonke CRGB, Lunardi Filho WDL, Lunardi VL, Santos SSC, Barlem ELD. Perspectivas filosóficas do uso da tecnologia no cuidado de enfermagem em terapia intensiva. Rev bras enferm.2011;64(1):189-92.
18. Santos SSC, Hammerschmidt KSA. A complexidade e a religação de saberes interdisciplinares: contribuição do pensamento de Edgar Morin. Rev bras enferm. 2012; 65(4): 561-5.
19. Backes MTS, Backes DS, Drago LC, Koerich MS, Erdmann AL. Cuidado ecológico como um fenômeno amplo e complexo. Rev Bras Enferm. 2011; 64(5):876-81.
20. Morin E. A via para o futuro da humanidade. 2ª ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2015.
21. Morin E. Método 1: A natureza da natureza. 2ª ed. Porto Alegre: Sulina; 2008.

5.2 ARTIGO 2

**(GERONTO)TECNOLOGIA CUIDATIVO-EDUCACIONAL COMPLEXA PARA
PESSOAS IDOSAS/FAMÍLIAS COM A DOENÇA DE ALZHEIMER: PERSPECTIVA
DOS FAMILIARES/CUIDADORES^I**

Silomar Ilha^{II}, Silvana Sidney Costa Santos^{II}

^IExtraído da Tese – “Grupo de apoio no contexto da doença de Alzheimer em pessoas idosas/famílias: (geronto)tecnologia cuidativo-educacional complexa”, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGENf) da Universidade Federal de Rio Grande (FURG), em 2016.

^{II}Universidade Federal do Rio Grande, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (Doutoranda). Rio Grande/RS, Brasil.

(GERONTO)TECNOLOGIA CUIDATIVO-EDUCACIONAL COMPLEXA PARA PESSOAS IDOSAS/FAMÍLIAS COM A DOENÇA DE ALZHEIMER: PERSPECTIVA DOS FAMILIARES/CUIDADORES

RESUMO

Objetivo: Descrever as contribuições do Grupo de Assistência Multidisciplinar Integrada aos Cuidadores de Pessoas com a Doença de Alzheimer como (geronto)tecnologia cuidativo-educacional no contexto da doença de Alzheimer em pessoas idosas, na perspectiva de familiares/cuidadores. **Método:** Pesquisa exploratório-descritiva, qualitativa, realizada com 13 familiares/cuidadores de pessoas idosas, participantes do grupo de apoio de uma instituição universitária do Rio Grande do Sul, Brasil. Os dados coletados entre janeiro a abril/2016, com uma entrevista semiestruturada, foram submetidos à análise textual discursiva. **Resultados:** Os familiares/cuidadores referiram como contribuições do Grupo a educação e o cuidado; a educação para o cuidado e para o futuro; a troca, socialização e construção do conhecimento por meio dos diversos saberes existentes no Grupo. **Conclusão:** O Grupo contribui como (geronto)tecnologia de cuidado e educação para o cuidado; nele são construídos conhecimentos que, aplicados na prática, auxiliam nas desordens vivenciadas, melhorando o cuidado à pessoa idosa com doença de Alzheimer.

Descritores: Idoso; Doença de Alzheimer; Tecnologia; Dinâmica Não Linear; Enfermagem.

INTRODUÇÃO

Com o processo de envelhecimento, o ser humano torna-se susceptível ao surgimento de doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs)⁽¹⁾, das quais destaca-se a doença de Alzheimer (DA), responsável por aproximadamente 70% dos casos de demências em pessoas idosas⁽²⁾. O número de pessoas com a DA ultrapassa 15 milhões em todo o mundo; nos Estados Unidos da América, existem 5.4 milhões de pessoas com essa doença, destas, 5.2 milhões são maiores de 65 anos e, no ano de 2050, a cada 33 segundos uma pessoa desenvolverá a DA⁽³⁾. No Brasil cerca de 1,2 milhões de pessoas são acometidas pela DA, embora a maioria dessas ainda não possua o diagnóstico⁽⁴⁻⁵⁾.

No processo de cuidado diário direcionado às pessoas idosas com a DA, os familiares vivenciam desordens geradas pela doença em seu entorno que os conduzem a constantes organizações em sua estrutura de funcionamento, com vistas à manutenção do convívio e

cuidado à pessoa idosa. Essa organização implica no desenvolvimento de processos relacionais diferenciados e adaptados para (con)viver com essa doença, a qual gera, por vezes, sentimentos de desordem, medo, insegurança e perdas graduais⁽⁶⁾.

Dessa forma, há necessidade de abordagens profissionais interdisciplinares e transdisciplinares com vistas a auxiliar os familiares/cuidadores no cotidiano de cuidados que apresenta-se singular, multidimensional e complexo. Percebendo a realidade vivenciada por esses familiares e a importância de uma atuação integrada no contexto da Gerontologia, alguns profissionais e instituições de saúde/ensino têm investido esforços na utilização das gerontotecnologias educacionais no cuidado de enfermagem. Gerontotecnologias são tecnologias contributivas para o cuidado à saúde da pessoa idosa, levando em consideração o envelhecimento e o processo saúde/doença, promovendo o cuidado, a corresponsabilidade e a coparticipação⁽⁷⁾.

Nesse contexto, apresenta-se o grupo Assistência Multidisciplinar Integrada aos Cuidadores dos Portadores da Doença de Alzheimer (AMICA), que desenvolve assistência ampla aos cuidadores, debatendo assuntos do cotidiano relacionados à DA, por meio da construção do conhecimento entre os familiares/cuidadores, docentes e discentes dos cursos das áreas da saúde/humanas: Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Nutrição, Odontologia, Psicologia e Terapia Ocupacional⁽⁸⁾.

O Grupo caracteriza-se como um ambiente complexo de construção de saberes, educação e de cuidado no contexto da DA em pessoas idosas, por meio das múltiplas relações, interações e retroações existentes entre os docentes e os discentes e dos familiares/cuidadores das pessoas idosas com DA. Complexidade é a união entre a unidade e a multiplicidade, do que foi tecido junto⁽⁹⁾; como elementos do AMICA, cada participante, seja familiar/cuidador, docente ou discente é singular e, ao mesmo tempo, inseparável e constitutivo do todo. Há ainda um tecido interdependente, interativo e inter-retroativo entre todos os envolvidos e o contexto (re)organizacional e de cuidados no AMICA.

O AMICA apresenta-se como uma (geronto)tecnologia cuidadoso-educacional complexa, pois facilita o processo de ensino-aprendizagem acerca da DA, proporcionando o desenvolvimento de habilidades, sendo mediador de conhecimentos para o cuidado da pessoa idosa com DA. Faz-se necessário investigar a percepção das pessoas que participam dessa (geronto)tecnologia, com vistas a identificar a contribuição da mesma no contexto por eles vivenciados, justificando a necessidade e relevância deste estudo, que pode contribuir para o fortalecimento do AMICA como uma (geronto)tecnologia cuidadoso-educacional complexa, possibilitando ampliar as gerontotecnologias construídas.

Frente ao exposto, questiona-se: Qual a contribuição do AMICA como (geronto)tecnologia cuidativo-educacional complexa no contexto da DA em pessoas idosas, na perspectiva de familiares/cuidadores? Na tentativa de responder o questionamento, objetivou-se descrever as contribuições do AMICA como (geronto)tecnologia cuidativo-educacional no contexto da DA em pessoas idosas, na perspectiva de familiares/cuidadores.

MÉTODO

Pesquisa exploratória, descritiva, qualitativa⁽¹⁰⁾, que possui como fio condutor a Complexidade de Edgar Morin⁽¹¹⁾. O estudo foi realizado com familiares cuidadores de pessoas idosas com a DA que participam de um grupo de apoio, denominado AMICA, desenvolvido em uma instituição de ensino superior localizada no Estado do Rio Grande do Sul, Brasil. Tal grupo iniciou as atividades em 2007, por uma equipe interdisciplinar, composta por docentes e discentes dos cursos das áreas da saúde/humanas da instituição.

Os critérios de inclusão para o estudo foram: ser familiar/cuidador de uma pessoa idosa com a DA, estar cadastrado no AMICA e estar frequentando ou já o ter frequentado por um período mínimo de seis meses. Tempo suficiente para que os participantes já tenham interagido, adquirido conhecimentos sobre a DA e compreendido a forma de atuação do AMICA, estando aptos a descrever suas vivências.

Excluíram-se os familiares/cuidadores com os quais não foi possível contato em decorrência de terem se mudado de cidade, endereço e telefone e não os atualizado junto ao grupo AMICA. Convidados individualmente, no mês de janeiro de 2016, por meio de contato telefônico, autorizado aos pesquisadores pela coordenadora do grupo AMICA, este estudo contou com 13 familiares/cuidadores, com os quais foram agendadas visitas domiciliárias (VDs), conforme a disponibilidade de dia e horário de cada participante.

No período de janeiro a abril de 2016, foram realizadas as VDs, momento em ocorreu a coleta de dados pela técnica de entrevista semiestruturada com base nas questões norteadoras: Como é para você cuidar de uma pessoa idosa com a DA? Você vivencia/já vivenciou alguma(s) dificuldade(s) no convívio/cuidado da pessoa idosa com DA? Qual(Quais)? Você considera que existam potencialidade(s)/facilidade(s) no processo de cuidado e no convívio com a pessoa com DA? Qual(Quais)? Qual é o significado do grupo AMICA para você? Você já realizou alguma adaptação/estratégia e/ou criou algo para facilitar o processo de cuidado à pessoa idosa com DA e família?

As entrevistas foram gravados em aparelho *MP3* e transcritas. Após, ocorreu o tratamento dos dados com base na técnica da análise textual discursiva, organizada a partir de uma sequência recursiva de três componentes: a unitarização, o estabelecimento de relações e a comunicação⁽¹²⁾. Na etapa de unitarização o pesquisador examinou os textos em detalhes, fragmentando-os no sentido de atingir unidades de significado, etapa que foi realizada com intensidade e profundidade. Após, o pesquisador buscou o estabelecimento de relações, o processo de categorização, que o levou a construir relações entre as unidades de base, combinando-as e classificando-as, reunindo esses elementos unitários na formação de conjuntos que congregaram elementos próximos, resultando em sistemas de categorias.

Dessa forma, foram reunidas as unidades de significado semelhantes, sendo gerados vários níveis de categorias de análise. Na comunicação o pesquisador apresentou as compreensões atingidas a partir dos dois focos anteriores, etapa que constituiu o último elemento do ciclo de análise proposto, resultando nos metatextos, que foram constituídos de descrição e interpretação, representando o conjunto um modo de teorização sobre os fenômenos investigados⁽¹²⁾.

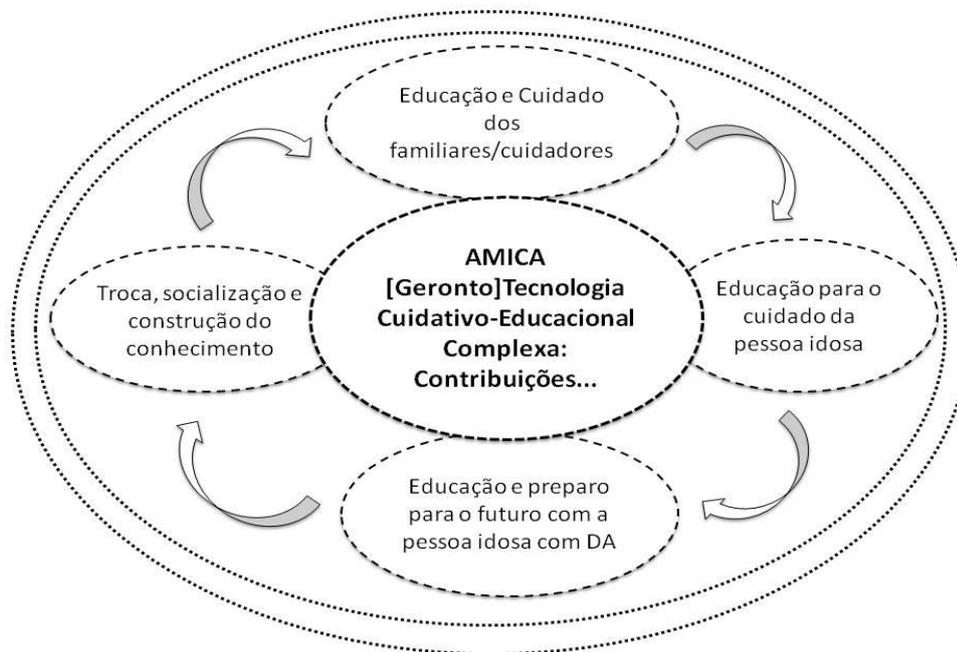
Foram considerados os preceitos éticos que envolvem a pesquisa com seres humanos, conforme a Resolução 466/2012 do Ministério da Saúde⁽¹³⁾. O Projeto foi aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa com CAAE: 48877315.2.0000.5324. Os participantes foram identificados pela letra F (Familiar), seguida de um algarismo numérico (F1, F2... F13).

RESULTADOS

Dos 13 familiares/cuidadores, cinco eram do sexo feminino e oito, do masculino, com idades entre 30 e 66 anos. Quanto ao grau de parentesco com a pessoa idosa com DA, oito eram filhos, dois, netos, e dois, esposos(as)/companheiros(as), com tempo de atuação como cuidador entre dois e 14 anos. Destes, oito residiam com a pessoa idosa e cinco, em casas separadas. Nove dos familiares cuidadores alternavam o ato de cuidar com outras pessoas e três cuidavam sem alternância. Quanto ao tempo em que os familiares/cuidadores participavam do AMICA, variou de seis meses a 10 anos. Todos os participantes eram cuidadores principais da pessoa idosa com DA.

A análise e interpretação dos dados referentes às entrevistas desenvolvidas com os familiares/cuidadores a partir das visitas domiciliares possibilitaram a construção de uma categoria: AMICA como (geronto)tecnologia cuidativo-educacional complexa: Contribuições...; e quatro subcategorias, conforme a Figura 1.

Figura 1 – Esquema complexo demonstrativo da (inter)ligação da categoria às subcategorias



Fonte: dados da pesquisa, 2016

Educação e cuidado dos familiares/cuidadores de pessoas idosas

Esta subcategoria remete à capacidade do AMICA como (geronto)tecnologia cuidativo-educacional complexa, no processo de educação e cuidado dos familiares/cuidadores de pessoas idosas com DA. Os participantes reconheceram essa capacidade do grupo, pois referiram que aprenderam no AMICA que o mesmo proporciona ensino sobre a DA e como cuidar da pessoa idosa; ao mesmo tempo, sentiam-se cuidados. Observa-se que o processo cuidativo e o educacional não são estáticos, fragmentados, ocorrem ao mesmo momento no grupo:

No AMICA é dado todo um ensino, um conhecimento sobre a doença e como cuidar de uma pessoa com DA, fora todo o cuidado com a gente também, com o nosso emocional [...] só um grupo como o AMICA para te dar isso tudo. Lá, ao mesmo tempo que eu aprendia sobre a doença, eu era também cuidado pelo grupo [...] maior cuidado do que esse, do que eu recebi lá no AMICA, não tem, o AMICA é uma coisa fora do normal [...] eu só consegui encarar tudo por causa do grupo, que me deu todo o amparo, que me preparou e que me fez conseguir vivenciar o dia a dia junto com a minha mãe com naturalidade, me ensinou e me cuidou ao mesmo tempo. (F1)

O AMICA me traz o contato com as pessoas, com diferentes ideias, com diferentes informações; me possibilita essa ampliação e socialização de conhecimentos. Aqui

no AMICA, além de aprender eu também me sinto cuidado, cada vez que eu venho eu saio renovado. Eu posso chegar aqui meio carregado, com as energias alteradas, com a coisa um pouco pesada para levar, mas, quando eu chego, isso tudo alivia, vou para casa mais leve, me sinto muito bem mesmo. (F10)

Às vezes tu chegas no grupo arrasada, triste e sai do grupo feliz, aliviada, o grupo tem uma força te dá uma força para continuar, a gente sai cheio de ideias de como melhorar o cuidado. No AMICA tem uma preocupação não só de ensinar acerca do Alzheimer, mas realmente de cuidado com nós, familiares/cuidadores, tem toda uma preocupação com a gente. Cuidam da gente, tanto é que saio sempre melhor do que eu cheguei, procuro me cuidar mais em todos os aspectos, porque hoje eu sei o quanto isso é importante. (F6)

Pode-se perceber, nos relatos, que o grupo AMICA educa os familiares/cuidadores para o autocuidado, pois, a partir da vivência dos familiares/cuidadores no Grupo, eles salientaram se cuidar mais. Referiram, algumas vezes, chegar ao grupo tristes, com as energias alteradas ou mesmo com dor e que, no grupo, esses desconfortos aliviam, pois saem do encontro melhor, sentindo-se mais leves:

O AMICA com certeza me prepara para eu viver melhor, às vezes eu vou para lá com muita dor, muito triste e saio melhor [...] participar do grupo é uma coisa que me dá prazer, me dá um ânimo para viver. No grupo eu aprendi e aprendo muito sobre Alzheimer e como lidar com as pessoas com essa doença. No AMICA eu me sinto cuidada, me sinto amada pelo pessoal que participa [...] se hoje eu cuido mais da minha saúde, é porque eu aprendi lá que se eu cuidar da minha saúde eu vou viver melhor. (F2)

[...] o grupo proporciona a consciência para o familiar cuidador que ele tem que se cuidar para poder cuidar, o grupo está conseguindo proporcionar essa compreensão, essa educação para o cuidado. Quem precisa mesmo de cuidado é o cuidador para poder cuidar e ter uma qualidade de cuidado, esse enfoque do grupo é bem importante, ele cuida do familiar cuidador e o educa para além do cuidado da pessoa com DA. (F4)

No relato a seguir, é possível perceber a circularidade que existe no processo cuidativo-educacional no AMICA, pois o participante refere que, ao mesmo tempo em que o familiar/cuidador aprende com os professores e alunos, também lhes ensina e, assim, todos vão aprendendo com todos, é um processo recursivo e dialógico que ocorre de forma aberta, permitindo a entrada e saída de conhecimento de todos os lados. O mesmo ocorre, segundo o familiar/cuidador, com o processo de cuidado no grupo, pois refere que todos se cuidam, aprendem e ensinam todos os dias no AMICA:

O grupo é um apoio muito bom, melhorou minha autoestima [...]. No AMICA a gente se sente cuidada, à vontade para desabafar, para conversar sobre o nosso dia a dia. Esse diálogo que acontece de forma aberta entre os professores, os

estudantes e os cuidadores é muito bom e me faz sentir tranquila para falar de mim. No AMICA eu sinto que eu aprendo muito, mas também consigo ensinar um pouquinho do que sei sobre o cuidado, é assim, um vai aprendendo com o outro. O que eu estou vivendo agora, muitas vezes outro familiar já enfrentou, ou ainda vai enfrentar, então esse conhecimento é compartilhado entre todos, a gente se cuida, aprende e ensina todos os dias no grupo. (F 9)

Educação para o cuidado da pessoa idosa a partir das vivências no AMICA

Nesta subcategoria, observa-se a capacidade do AMICA como (geronto)tecnologia cuidativo-educacional complexa, no processo de educação para o cuidado da pessoa idosa com DA: os familiares/cuidadores, referem que aprendem, no AMICA, que o mesmo proporciona ensino sobre a DA e de como cuidar da pessoa idosa; e que, dessa forma, conseguem melhorar as suas práticas de cuidado:

[...] cada vez que eu venho ao grupo eu vou para casa com todo o gás para cuidar do meu marido com DA. Levo daqui todo o conhecimento necessário para melhorar o cuidado dele, pois no AMICA eu já aprendi muito sobre as formas de cuidado; sobre a alimentação, medicação, sobre como adaptar a casa, retirar tapetes, como auxiliar na escovação dos dentes dele, sobre como enfrentar essa doença sem adoecer. Sobre como conseguir passar pelos dias de estresse convivendo melhor com a pessoa com DA, tanto é que já melhorei muito no cuidado depois que comecei a participar. Eu sou apaixonada por esse grupo! (F 9)

O grupo é realmente muito importante na minha vida. No AMICA eu encontrei apoio mesmo, orientações sobre a doença, sobre como conduzir cada situação com a minha mãe em casa e com isso melhorou muito o cuidado a ela. Já aprendi muitas coisas aqui [...] e tudo que eu aprendo eu procuro passar para outras pessoas da minha família, vizinhos e amigos. (F10)

O relato do familiar/cuidador F9 apresenta algumas questões referentes ao cuidado que o mesmo pôde aprender no AMICA, salienta o cuidado com a alimentação, medicação, a adaptação do domicílio, a importância de retirar tapetes, formas para auxiliar na escovação dos dentes e sobre como conviver com DA sem adoecer. No relato de F10 pode-se perceber, ainda, que esse conhecimento para o cuidado produzido no grupo é socializado com outras pessoas que não frequentam o mesmo, tais como a família, vizinhos e amigos.

Educação e preparo para o futuro com a pessoa idosa com DA

Pode-se observar que o AMICA, como (geronto)tecnologia cuidativo-educacional complexa, além de auxiliar os familiares/cuidadores no cuidado diário da pessoa idosa,

também os educa para o que irão encontrar. Ou seja, ocorrem o processo cuidativo-educacional no presente e uma preparação para o futuro:

[...] para mim, foi uma preparação para o futuro, porque no grupo eu me preparava e pensava: agora vai acontecer isso, amanhã acontecerá aquilo, então isso até minimizava um pouco o sofrimento decorrente da convivência com a doença. (F13)

[...] no grupo eu fui aprendendo e deixando e ter medo, eu fui enfrentando cada passo, cada nova situação que aparecia, eu já sabia que ia surgir e eu já sabia como proceder. Quem me ajudou, quem me preparou para o futuro com a DA, inclusive para a partida da minha mãe, foi o grupo, foi o AMICA, então não existem palavras para explicar tudo que esse grupo foi na minha vida. (F1)

No relato de F1 observa-se que o AMICA esteve presente, como (geronto)tecnologia cuidativo-educacional, até mesmo no momento da partida da familiar idosa com DA. Nos relatos a seguir, percebe-se que os familiares compreendem como será o futuro com DA e que essa preparação os fortalece para vivenciarem os processos que ainda estão por vir:

[...] hoje eu sei o que é essa doença e sei que a coisa ainda vai piorar com o tempo, depois que comecei no grupo a minha visão sobre a doença e o cuidado, já melhorou bastante [...] o AMICA me ensina a como lidar com as situações que eu encontro e que ainda irei encontrar no cuidado e a me preparar para o futuro, tem me ajudado muito [...] (F5)

[...] o AMICA me esclareceu muitas questões por meio das explicações dos professores e estudantes e também pelo depoimento dos outros cuidadores que já passaram por determinadas situações e que depois eu também vim a passar, mas com a diferença de já saber que eu passaria. O grupo prepara a pessoa para o que ela vai encontrar mais à frente. (F 8)

Depois que comecei a participar do grupo, já não vejo mais o Alzheimer como um 'bicho de sete cabeças', porque eu estou junto com grupo buscando compreender e melhorar o cuidado. O grupo me ajuda a me preparar para as coisas que ainda estão por vir [...] (F6)

Conforme se visualiza, no relato de F6, o familiar/cuidador, a partir da sua vivência no AMICA, não possui mais medo do que irá enfrentar na convivência e cuidado da pessoa idosa com DA, pois já não visualiza a doença como um “bicho de sete cabeças”. Esse fato decorre do processo cuidativo-educacional desenvolvido no grupo, da compreensão acerca da doença e das formas possíveis de cuidado.

Troca, socialização e construção do conhecimento

Para os familiares/cuidadores de pessoas idosas, o maior potencial do AMICA como (geronto)tecnologia cuidativo-educacional é a capacidade de troca, de socialização e construção de conhecimento de forma horizontalizada entre todos os integrantes, o que permite o surgimento de novos conhecimentos construídos coletivamente:

A gente aprende muito no grupo pela troca entre o nosso conhecimento, com o dos estudantes e dos professores [...] no grupo não fazem diferença de conhecimento, de quem sabe mais e quem sabe menos. No AMICA os cuidadores estão ali para aprender, mas também para trazer suas experiências e ajudar outras pessoas, somos todos muito respeitados e cuidados no grupo. (F2)

[...] a maior riqueza do grupo é a troca de experiência dos professores, dos estudantes e dos cuidadores, o conhecimento no grupo é coletivo e esse é o ponto forte do mesmo, porque o conhecimento é construído entre os participantes e ao mesmo tempo todos que fazem parte do grupo são também cuidados [...] (F4)

[...] todas as pessoas que vêm aqui trazem algum conhecimento, algum ensinamento e também leva muito [...] esse conhecimento, essa troca que existe aqui é algo extremamente grande que não dá para mensurar, une a teoria do professor e do aluno com a prática do cuidador [...]. É pelo entrosamento da prática com a teoria, pela união de todos os membros do grupo que surge o conhecimento no AMICA. (F10)

[...] no grupo nós viemos em busca de informação, de conhecimento, mas também trazemos um conhecimento nosso da prática de cuidados e juntos construímos um conhecimento maior que depois transmitimos para outras pessoas em diferentes locais, seja em casa, no trabalho, com amigos, vizinhos, enfim. (F11)

DISCUSSÃO

Para compreender a complexidade do fenômeno de ordem-desordem-(re)organização vivenciado pelas famílias que convivem com uma pessoa idosa com a DA, é preciso considerar o que implica ser familiar/cuidador inserido em contexto complexo pelas suas relações e interações, e exposto a toda ordem, desordem e caos. É necessário ampliar o foco para além da doença e adentrar novos paradigmas, a fim de apreender o significado do processo de adoecimento de forma multidimensional⁽¹⁴⁾.

As mudanças ocorridas na vida dos familiares/cuidadores desencadeia atitudes que alteram o ambiente a todo momento, seja para uma nova desordem, seja para uma nova ordem. Para Morin, a desordem é inseparável do universo, pois coopera para o surgimento da ordem. Sendo assim, ordem e desordem se apresentam, ao mesmo tempo, concorrentes, complementares e antagônicas⁽¹⁵⁾. Eis que nesse processo de desordem surge o AMICA na

vida dessas pessoas, que o procuram justamente para compreender a desordem vivenciada a partir da DA em seu familiar idoso e, após a compreensão, o auxílio no processo de (re)organização para melhorar a convivência e o cuidado com a pessoa idosa.

Morin sugere que se busque compreender a contradição e o imprevisível a partir da convivência com os mesmos. Enfatiza que a dificuldade do pensamento complexo é justamente enfrentar a confusão, a incerteza e a contradição, sem deixar de conviver com a solidariedade dos fenômenos existentes entre si mesmos⁽¹²⁾. O AMICA como (geronto)tecnologia cuidativo-educacional complexa possui essa dimensão, uma vez que aborda temas complexos como o cuidado e sua singularidade, vistos como algo dinâmico, circular, complementar.

Além do mais, trabalha-se no contexto da DA em pessoas idosas/família, o que requer a transformação do conhecimento da complexidade em pensamento da complexidade, pois, tratando-se de uma doença até o momento incurável, não se busca o fim das desordens geradas pela mesma, mas a sua compreensão e, assim, formas de se conviver com a pessoa idosa com DA. Desse modo, o AMICA tem auxiliado os familiares/cuidadores a compreenderem a ordem que surge a partir das desordens vivenciadas no cotidiano, o que tem possibilitado, na realidade investigada, um melhor cuidado à pessoa idosa.

Os familiares/cuidadores referiram que o AMICA proporciona ensino sobre a DA e como cuidar da pessoa idosa e, ao mesmo tempo, sentem-se cuidados no grupo e instigados para o autocuidado. Pôde-se observar, nesse contexto, a circularidade do processo cuidativo e educacional no AMICA. Nesse caso, não são processos antagônicos e, sim, complementares e inseparáveis e constitutivos do grupo. Não se pode separar de um lado, em um determinado momento, o processo cuidativo e, do outro, o processo educacional, ambos ocorrem a todo instante de forma circular, complementar e complexa.

O processo descrito ocorre pela circularidade e complementaridade com que o conhecimento é socializado e construído no grupo, por meio da (inter)ligação dos saberes dos docentes, discentes e dos familiares/cuidadores, o que remete ao pensamento complexo, que permite visualizar as partes constitutivas do todo. Esta circularidade que existe no todo-partes e vice-versa apresenta um tecido interdependente, interativo e inter-retroativo entre o objeto de conhecimento, ou seja, o AMICA como (geronto)tecnologia cuidativo-educacional complexa, formado pelos diferentes saberes que o formam, as partes e o todo, o todo e as partes e as partes entre si⁽⁹⁾.

Para Morin, o todo é tão importante quanto as suas partes e essas, por sua vez, não são mais e nem menos do que o todo⁽⁹⁾. Entende-se que os diversos saberes, sejam científicos ou

fruto do vivido dos familiares/cuidadores no cotidiano de cuidados, exercem influência no todo, ou seja, na (geronto)tecnologia-AMICA como uma unidade complexa. Essa, por sua vez, retroage na parte, em um movimento circular de complementaridade, conduzindo os participantes a compreenderem os momentos de ordem e de desordem, percebidos, inicialmente, como antagônicos, como propulsores de (re)organizações.

O AMICA como (geronto)tecnologia cuidativo-educacional necessita ser entendido como uma unidade complexa pela união entre as unidades e as multiplicidades, do que foi tecido junto. Como elementos dessa (geronto)tecnologia, cada um dos familiares/cuidadores, docentes e discentes é uma parte inseparável constitutiva do todo, ou seja, do AMICA como unidade.

Os familiares/cuidadores, ao procurarem o AMICA, por vezes, sentem-se cansados, estressados, tristes em decorrência da realidade vivenciada com um familiares idoso com DA, o que possibilita novas desordens e, conseqüentemente, (re)organizações. Nessa situação, o AMICA como (geronto)tecnologia cuidativo-educacional complexa é impulsionado a auxiliar os familiares/cuidadores na construção de estratégias. Tais estratégias auxiliam na compreensão e no enfrentamento para se adaptar e (re)organizar-se frente à situação vivenciada⁽¹⁵⁾.

Ressalta-se a importância do trabalho desenvolvido no AMICA como (geronto)tecnologia cuidativo-educacional complexa no que se refere ao cuidado, educação dos familiares/cuidadores para o autocuidado e para o cuidado da pessoa idosa com DA, bem como preparando-os para o futuro com a pessoa idosa com DA. Essa compreensão foi construída no grupo, entre outros fatores, pela percepção dos indivíduos como seres singulares e multidimensionais, o que engloba os familiares cuidadores, expostos a toda ordem e desordem, conflitos, incertezas e certezas, questionamentos, instabilidades e ao caos, capazes, porém, de se (re)organizarem a partir das desordens e incertezas comportamentais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados permitiram descrever as contribuições do AMICA como (geronto)tecnologia cuidativo-educacional no contexto da doença de Alzheimer em pessoas idosas, na perspectiva de familiares/cuidadores.

Os familiares/cuidadores referiram como contribuições do AMICA a educação e o cuidado dos familiares/cuidadores de pessoas idosas com DA; a educação para o cuidado e para o futuro com a pessoa idosa com DA; e a troca, socialização e construção do

conhecimento por meio dos diversos saberes existentes no grupo. Dessa forma, percebe-se que o AMICA contribui como (geronto)tecnologia de cuidado e educação para o cuidado, ao mesmo tempo, uma vez que nele são construídos conhecimentos que, aplicados na prática, auxiliam nas desordens vivenciadas, possibilitando uma nova ordem, a partir de processos (re)organização, o que repercute no cuidado à pessoa idosa com DA.

As limitações deste estudo referem-se à escassez de bibliografias sobre tecnologias relacionando-as com a temática da DA na pessoa idosa e família. Como potencialidade, destaca-se o referencial utilizado, que possibilitou ampliar a compreensão acerca do fenômeno, permitiu a compreensão da AMICA como gerontotecnologia, com vistas a descrever as suas contribuições no cotidiano da pessoa idosa/família, na perspectiva dos familiares/cuidadores. Esses fatores atribuem para este estudo, características que o tornam contributivo para a inovação e o repensar das atividades desenvolvidas no AMICA, o fortalecendo como uma (geronto)tecnologia cuidativo-educacional complexa geradora de novas gerontotecnologias de cuidado à pessoa idosa/família com DA.

Dessa forma, sugere-se que se continue a fortalecer o AMICA e que novas gerontotecnologias sejam construídas a partir do mesmo, com vistas a auxiliar os familiares/cuidadores de pessoas idosas no cotidiano de cuidados, tendo como subsídio um novo olhar, focado na abordagem inter-trasdisciplinar, isto é, no diálogo entre os diferentes conhecimentos dos docentes, discentes e dos familiares/cuidadores em busca de um objetivo comum, melhorar o cuidado à pessoa idosa com DA/família.

REFERÊNCIAS

1. Talmelli LFS, Vale FAC, Gratão ACM, Kusumota L, Rodrigues RAP. Alzheimer's disease: functional decline and stage of dementia. *Acta paul enferm.* 2013; 26(3): 219-25.
2. World Health Organization (WHO). Dementia: a public health priority. Geneva: WHO. 2012 Available from: http://whqlibdoc.who.int/publications/2012/9789241564458_eng.pdf [cited 2014 Dez 10].
3. Alzheimer's Association, 2012. Alzheimer's disease facts and figures. *Alzheimer'sdementia.* 2012;8(2):131-8.
4. Associação brasileira de Alzheimer (ABRAZ). Doença de Alzheimer: "Alzheimer: quanto antes souber, mais tempo você terá para lembrar". Brasil: Associação Brasileira de Alzheimer; 2012. Disponível em: <http://abraz.org.br/abraz-na-midia/release-institucional-doenca-de-alzheimer>

5. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo demográfico 2010: características da população e dos domicílios - resultados do universo. Rio de Janeiro: IBGE, 2011.
6. Cassola TP, Backes DS, Ilha S, Souza MHT, Cáceres KF. Adaptive process of caregivers of a person elderly with Alzheimer: contributions of nursing. J Nurs UFPE online [online]. 2014 [cited 2015 jul 15]; 8(Suppl. 1): 2243-8. Available from: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/5319/pdf_5622
7. Barros E JL, Santos SSC, Gomes GC, Erdmann AL. Gerontotecnologia educativa voltada ao idoso estomizado à luz da complexidade. Rev Gaúcha Enferm. 2012; 33(2): 95-101.
8. Ilha S, Zamberlan C, Gehlen MH, Dias MV, Nicola GDO, Backes DS . Qualidade de vida do familiar cuidador de idosos com Alzheimer: contribuição de um projeto de extensão. Cogitare Enferm. 2012; 17(2):270-6.
9. Morin E. A Cabeça bem-feita: repensar a reforma, reformar o pensamento. 17ª ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2010.
10. Lacerda MR, Costenaro RGS. Metodologias da pesquisa para a enfermagem e saúde: da teoria a prática. 1ª ed. Porto Alegre: Moriá, 2015.
11. Morin E. Introdução ao pensamento complexo. 5ª. ed. Lisboa: Instituto Piaget, 2008.
12. Moraes R, Galiuzzi M.C. Análise textual discursiva. 2ª ed. Ijuí: Editora Unijuí, 2011.
13. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa em seres humanos. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012.
14. Ilha S, Zamberlan C, Piexak DR, Backes MTS, Dias MV, Backes DS. Contributions of a group about the Alzheimer's disease for family members/caregivers, professors and students from the healthcare field. J Nurs UFPE on line [online]. 2013 [cited 2015 jul 15]; 7(4):1279-85. Available from: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/3967/pdf_2468
15. Seima MD, Lenardt MH. A sobrecarga do cuidador familiar de idoso com Alzheimer. Texto Contexto Enferm. 2011;10(2):388-98.

5.3 ARTIGO 3

GERONTOTECNOLOGIAS UTILIZADAS PELOS FAMILIARES/CUIDADORES DE IDOSOS COM ALZHEIMER: CONTRIBUIÇÃO AO CUIDADO COMPLEXO¹

Silomar Ilha², Silvana Sidney Costa Santos³

¹Extraído da Tese – “Grupo de apoio no contexto da doença de Alzheimer em pessoas idosas/famílias: (geronto)tecnologia cuidativo-educacional complexa”, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGEnf) da Universidade Federal de Rio Grande (FURG), em 2016.

²Mestre em Enfermagem. Doutorando do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGEnf) da Universidade Federal de Rio Grande (FURG). Rio Grande/Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: silo_sm@hotmail.com

³Doutora em Enfermagem. Docente Permanente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGEnf) da Universidade Federal de Rio Grande (FURG). Rio Grande/Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: silvana.sidney@gmail.com

GERONTOTECNOLOGIAS UTILIZADAS PELOS FAMILIARES/CUIDADORES DE IDOSOS COM ALZHEIMER: CONTRIBUIÇÃO AO CUIDADO COMPLEXO

RESUMO: Objetivou-se identificar gerontotecnologias desenvolvidas/empregadas pelos familiares/cuidadores como estratégias de cuidado complexo à pessoa idosa/família com doença de Alzheimer. Trata-se de uma pesquisa exploratória, descritiva, de abordagem qualitativa, realizada com 13 familiares/cuidadores de pessoas idosas, participantes de grupo de apoio de uma instituição universitária do Rio Grande do Sul, Brasil. Os dados coletados por meio de entrevista semiestruturada foram submetidos à análise textual discursiva. Identificaram-se gerontotecnologias empregadas/sugeridas pelos familiares/cuidadores, com relação ao esquecimento da própria casa/caminho de casa; à não aceitação do banho; à repetição e irritabilidade; à medicação; ao dinheiro; ao desconhecimento/estigmatização da doença de Alzheimer; ao risco de queda; ao controle dos cuidados. Os familiares/cuidadores de pessoas idosas com doença de Alzheimer vivenciam dificuldades nos aspectos físico, mental e social, para as quais desenvolvem/empregam gerontotecnologias na forma de produto e de processo/conhecimento/estratégias, para auxiliá-los no processo de cuidado/convivência com a pessoa idosa com doença de Alzheimer.

DESCRITORES: Idoso. Doença de Alzheimer. Tecnologia. Dinâmica não linear. Enfermagem.

INTRODUÇÃO

O cuidado pode ser compreendido como um fenômeno intencional, essencial à vida, que ocorre no encontro de seres humanos que interagem, por meio de atitudes que envolvem consciência, zelo e solidariedade.¹ No cuidado da pessoa idosa/família com a doença de Alzheimer (DA), por ser uma doença neurodegenerativa, irreversível, insidiosa, progressiva, com declínio cognitivos e motores,² emergem mais inquietações do que respostas e exige cuidados constantes, realizados, na maioria das vezes, por um familiar no domicílio.³

O cuidado à pessoa idosa com DA produz, na família, sentimentos difíceis de manejar, que acabam por impor isolamento social, abalando os sistemas emocionais, acarretando em privações e modificações no estilo de vida.⁴ Tal processo de cuidar consiste em considerar a pessoa idosa nos aspectos biopsicossociais, político e espiritual, valorizando as vivências na família/comunidade. Essa maneira de pensar na pessoa como ser humano multidimensional e parte de um sistema maior, que, nesse caso, envolve a família/comunidade, está de acordo com pensamento complexo, que conduz à visualização do todo, no interior de suas partes,

bem como leva em consideração a complexidade como ser humano em seu aspecto biológico e cultural.⁵

A compreensão do ser humano, a partir do pensamento complexo, desafia os profissionais a buscarem formas diferenciadas de atuação para dar conta de atender as necessidades que vêm sendo marcadas pelas contínuas e rápidas mudanças.⁶ Para o cuidado complexo da pessoa idosa com DA faz-se necessário que os profissionais da saúde, em especial os enfermeiros, atuem junto aos familiares, com o objetivo de potencializar a uma reforma do pensamento, substituindo a causalidade linear e unidirecional, por uma causalidade em círculo e voltada às multidimensões.

Um pensamento que seja ao mesmo tempo complementar e antagônico, pelo conhecimento da integração do todo ao interior de suas partes.⁵ Que possibilite a percepção da ordem a partir da desordem vivenciada por intermédio da DA na pessoa idosa. Tal exercício poderá conduzir os familiares a (re)organizações constantes no cotidiano para auxiliá-los no processo de cuidado e convivência com a pessoa idosa com DA. A compreensão de tal realidade, somada ao aumento do número de pessoas idosas com Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs), em especial a DA, tem direcionado tentativas de gerontotecnologias com foco nas vivências das pessoas idosas/famílias. Gerontotecnologias são tecnologias contributivas para o cuidado à saúde da pessoa idosa, levando em consideração o envelhecimento e o processo saúde/doença, promovendo o cuidado, a corresponsabilidade e a coparticipação.⁷

A tecnologia direcionada à pessoa idosa, muitas vezes, não é um produto palpável, mas um resultado de um trabalho que envolve um conjunto de ações que apresentam como finalidade o cuidado em saúde. A Enfermagem, como uma profissão e, ao mesmo tempo, parte do grande sistema social, reforma o pensamento, quando considera a pessoa idosa como um ser singular, avaliando as singularidades com relação à visão global de um cuidado sistematizado.⁷ Simultaneamente, percebendo-o como multidimensional, o que engloba toda a sua rede de relações e interações.

Esse processo suscita gerontotecnologias na articulação de todas as formas de conhecimento, o que remete à importância do conhecimento dos familiares/cuidadores que estão diretamente no cuidado à pessoa idosa com DA, justificando a necessidade e relevância deste estudo. Justifica-se, ainda, pela compreensão de que as questões ligadas à DA, saúde da pessoa idosa, família e tecnologias são de grande importância no contexto das políticas públicas, sendo destacadas pelo Ministério da Saúde como linhas prioritárias de pesquisa, no Brasil.⁸

Frente ao exposto, questiona-se: Quais gerontotecnologias os familiares/cuidadores de pessoas idosas com DA utilizam/desenvolvem no cotidiano de cuidados complexos da pessoa idosa? Objetivou-se identificar gerontotecnologias desenvolvidas/empregadas pelos familiares/cuidadores como estratégias de cuidado complexo à pessoa idosa/família com doença de Alzheimer.

Métodos

Pesquisa exploratória, descritiva, qualitativa, que possui como fio condutor a Complexidade de Edgar Morin.⁹ Estudo realizado com 13 familiares cuidadores de pessoas idosas com a DA, que participam de um grupo de apoio denominado AMICA, desenvolvido em uma instituição de ensino superior localizada no Estado do Rio Grande do Sul, Brasil. Tal grupo iniciou as atividades em 2007, por uma equipe interdisciplinar, composta por docentes e discentes dos cursos das áreas da saúde/humanas da instituição.

Os critérios de inclusão para o estudo foram: ser familiar/cuidador de uma pessoa idosa com a DA, estar cadastrado no AMICA e estar frequentando ou já o ter frequentado por um período mínimo de seis meses. Período suficiente para que os participantes já tenham interagido, adquirido conhecimentos sobre a DA e compreendido a forma de atuação do AMICA, estando aptos a descrever suas vivências. Foram agendadas visitas domiciliárias (VDs), conforme a disponibilidade de dia e horário de cada participante.

No período de janeiro a abril de 2016, foram realizadas as VDs, momento em ocorreu a coleta de dados pela técnica de entrevista semiestruturada com base nas questões norteadoras: Como é para você cuidar de uma pessoa idosa com a DA? Você vivencia/já vivenciou alguma(s) dificuldade(s) no convívio/cuidado da pessoa idosa com DA? Qual(Quais)? Você considera que existam potencialidade(s)/facilidade(s) no processo de cuidado e no convívio com a pessoa com DA? Qual(Quais)? Qual é o significado do grupo AMICA para você? Você já realizou alguma adaptação/estratégia e/ou criou algo para facilitar o processo de cuidado à pessoa idosa com DA e família?

As entrevistas foram gravados em aparelho MP3 e transcritas. Após, ocorreu o tratamento dos dados com base na técnica da análise textual discursiva, organizada a partir de uma sequência recursiva de três componentes: 1) Unitarização, onde o pesquisador examinou os textos com intensidade e profundidade e atingiu unidades de significado; 2) Momento em que buscou-se o estabelecimento de relações entre as unidades de base, resultando em diferentes níveis de categorias de análise; 3) Comunicação, onde o pesquisador apresentou as compreensões atingidas a partir dos dois focos anteriores, resultando nos metatextos de

descrição e interpretação dos fenômenos investigados.¹⁰ Foram considerados os preceitos éticos que envolvem a pesquisa com seres humanos no Brasil⁽¹¹⁾.

O Projeto foi aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa e teve como registro CAAE: 48877315.2.0000.5324. Os participantes foram identificados pela letra F (Familiar), seguida de um algarismo numérico (F1, F2... F13).

Resultados

Dos 13 familiares/cuidadores, cinco eram do sexo feminino e oito, do masculino, com idades entre 30 e 66 anos. Quanto ao grau de parentesco com a pessoa idosa com DA, oito eram filhos, dois, netos, dois, esposos(as)/companheiros(as), com tempo de atuação como cuidador entre dois e 14 anos. Destes, oito residiam com a pessoa idosa com DA e cinco, em casas separadas. Nove dos familiares cuidadores alternavam o ato de cuidar com outras pessoas e três cuidavam sem alternância. Quanto ao tempo em que os familiares/cuidadores participavam do AMICA, variou de seis meses a 10 anos. Todos os participantes eram cuidadores principais da pessoa idosa com DA.

Os dados analisados resultaram em uma categoria central: Gerontotecnologias empregadas/sugeridas pelos familiares/cuidadores no cuidado à pessoa idosa com DA e nove subcategorias de gerontotecnologias, conforme pode ser visualizado na Figura I.

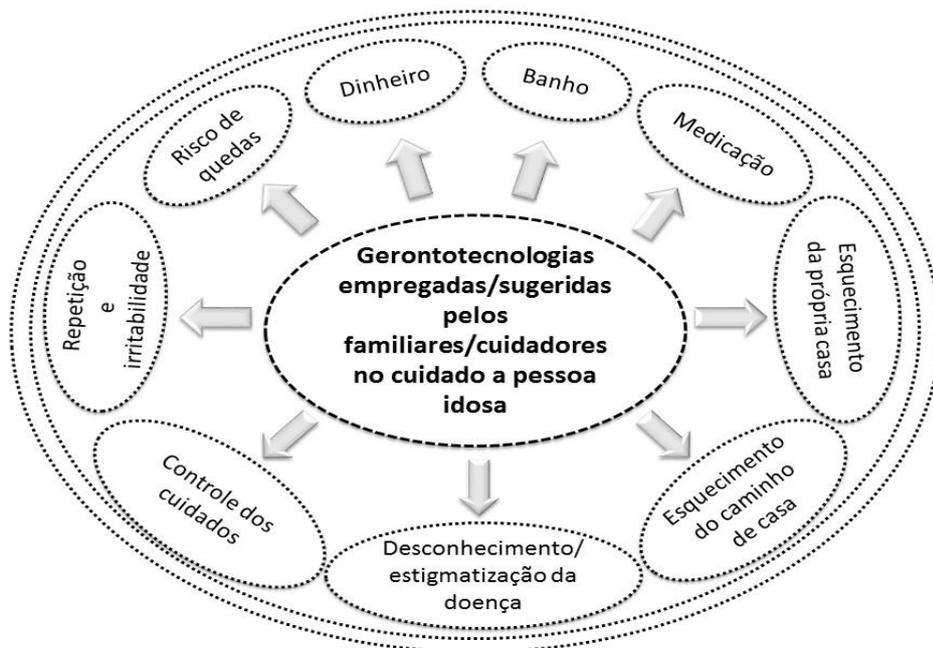


Figura 1 – Esquema complexo da (inter)ligação da categoria central às subcategorias

Gerontotecnologias relacionadas ao esquecimento da própria casa

Os familiares/cuidadores desenvolviam/empregavam gerontotecnologias diversas com vistas ao melhor cuidado/convivência com a pessoa idosa com DA: [...] *como ela me dizia que queria voltar para casa, e ela se encontrava em casa, eu comecei a dizer: Pode deixar, que eu te levo para casa. Daí eu pegava, dava uma volta pelos fundos do pátio, fazia a volta na casa, chegava lá na frente, disfarçava um pouco de assunto e eu dizia: Mãe, tu viste como nós viemos rápido, nós já estamos na sua casa. E ela me dizia: “Mas é mesmo, como é que a gente veio tão rápido!”* (F1).

Tem que distrair eles com outra coisa. Uma vez a mãe colocou as roupas em sacolinhas e disse que queria ir para a casa dela [...] eu disse para ela ir dormir um pouco que, assim que o meu marido chegasse, eu a chamaria para nós irmos para casa dela. Quando ela acordou, nem lembrou mais que queria ir para casa, imagina se eu fosse brigar, dizer que ela estava bagunçando as roupas, ela ia ficar ansiosa, agitada e ia ser pior (F4).

Um dia eu não aguentava mais a mãe me dizer que queria ir para casa dela, então eu lembrei que eu tinha umas linhas, dei a ela e pedi que ela desenrolasse para mim, ela ficou uma hora e meia ali tentando, queria que tu viste, ela ficou numa paz. Lá no AMICA eles sempre dizem que tem que ter algo que ocupe eles (pessoa com Alzheimer), não é televisão, é algo manual [...] Então eu comprei umas massinhas de modelar para ela e lá na casa da minha filha ela pinta [...] então eu estou tentando estimular essas coisas, a minha filha quer comprar uma bonequinha para ela, porque ela tem paixão por boneca, então ela pode se entreter cuidando, vestindo a boneca sabe, essas coisinhas (F6).

Gerontotecnologias relacionadas ao esquecimento do caminho de casa

Uma situação comum em pessoas idosas com a DA é saírem de casa e não lembrarem o caminho para retornar. Algumas gerontotecnologias para essa situação foram descritas: *Lá no grupo já ensinaram a fazer um crachá, com o nome e com o telefone de um familiar, e colocar na roupa da pessoa com Alzheimer, porque, se ela se perder, sair e não lembrar o caminho de casa, alguém pode encontrar, ver o crachá e ligar* (F2).

Diz que agora tem umas pulseiras criadas para as pessoas com Alzheimer utilizar que vai o nome da pessoa e o telefone para contato (F8).

Eu avisei os vizinhos próximos e nos mercados que a minha mãe tinha Alzheimer [...] as pessoas têm que saber, porque daí, se ela se perdesse, alguém já me avisava (F1).

Gerontotecnologias relacionadas à não aceitação do banho

Nesta subcategoria podem-se observar duas gerontotecnologias que demonstraram-se positivas, na aplicação prática junto à pessoa idosa com DA, em situações em que a mesma negava-se à realização da higiene corporal: [...] *nós começamos a utilizar a situação da missa para ele poder tomar banho, porque ele sempre ia na missa. Dizíamos a ele que para ir na missa ele tinha que tomar o banho. Mesmo quando não tinha missa, nós utilizávamos essa estratégia e sempre deu certo* (F2).

[...] *lá em casa eu fiz o seguinte: coloquei um papel na parede; na parte superior tem os dias da semana e, embaixo, os dias do mês, uma espécie de calendário. Então fiz um desafio para ver quem ganha, os dias que ele [pessoa idosa com DA] não aceita tomar banho, tem que fazer um xis de azul em cima do dia, e, quando ele toma banho, faz um xis de vermelho. Como ele é colorado, quer sempre ver o calendário cheio de xis vermelho, toma banho, vai lá e marca aquele xis bem faceiro [...] às vezes, quando ele não quer tomar banho, eu marco uns dias de azul e ele olha e pergunta: “Tudo isso de azul?”. E eu respondo: Sim [...] tem que tomar banho hoje, para marcar de vermelho. Daí ele aceita tomar banho para eu dar a caneta vermelha. Foi o jeito que encontrei para ele tomar banho* (F13)!

Gerontotecnologias relacionadas com a repetição e irritabilidade

As formas de conduzir a situação a partir de estratégias podem ser pensadas como gerontotecnologias de cuidado, uma vez que os familiares/cuidadores tiveram uma aplicação prática no cuidado à pessoa idosa, na realidade investigada: [...] *quando ela fica muito repetitiva em algum assunto, quando insiste em fazer algo, eu entro no jogo dela para não deixar ela braba, frustrada, porque eles são assim, num momento eles estão conscientes e daqui um pouco já não estão mais, então eu procuro mudar o foco, desviar a atenção dela para outra coisa* (F3).

[...] *o que eu faço para não me irritar com ela, quando eu percebo que ela está falando muito de determinado assunto, eu falo outra coisa bem diferente para distraí-la e ela esquece do primeiro assunto* (F6).

[...] *quando ela era mais jovem, fazia crochê, daí eu testei para ver se ela ainda sabia/conseguia fazer e ela conseguiu. Então agora eu tenho dado coisas assim para ela fazer, dou tolhas de mesa e, quando ela está ali, ela fica tranquila e prestando atenção no trabalho, tanto que se eu deixar, ela fica o dia inteiro, não lembra de comer, de caminhar de nada... só fica ali, eu é que tenho que lembrar ela de comer e convidar para dar uma caminhada. Então isso para ela é bom, porque se distrai trabalhando e não se irrita com as*

outras coisas, porque às vezes ela se irrita. Quando eu não tenho nem dinheiro para comprar o tecido [...] eu desmancho o trabalho para ela fazer de novo e ela não percebe (F3).

Gerontotecnologias relacionada com a Medicação

Nesta subcategoria, os familiares cuidadores referiram a utilização de gerontotecnologias na forma de produto: *Para os remédios, nós ajeitamos numa caixinha que tem os dias da semana de segunda a domingo; de um lado, dia e do outro, noite. Então nós arrumamos todas as medicações da semana ali e não tem como a gente errar, se perder ou esquecer (F6).*

A medicação nós começamos a dividir, pegávamos uns vidrinhos e escrevia neles os dias da semana e a hora, manhã, tarde e noite. Daí nós tirávamos os remédios das caixas e organizávamos nos vidrinhos para toda a semana, para ele tomar por conta (F2).

[...] como eles (pessoas idosas com DA) tomam muito medicação, eu pegava a cartelinha de medicação e escrevia com aquelas canetas de escrever em CD; primeiro escrevia o mês, exemplo mês 4... e em cima de cada comprimido dentro da cartelinha eu colocava o dia, por exemplo: dia 1, 2,3... Se a mesma medicação tivesse que ser dada mais de uma vez ao dia, eu repetia o número, por exemplo: 1, 1...2, 2... e assim por diante. Porque assim, nem eu, nem as cuidadoras tinham como nos perder... Não adianta eu escrever na caixa: tomar três vezes por dia, porque eu podia me confundir se já dei ou não. Assim, escrito em cima do comprimido, eu olhava e via, se hoje era dia primeiro, e a medicação do dia 1 ainda estivesse ali, é porque ainda não havia sido dada para a mãe (F10).

Gerontotecnologias relacionadas com o dinheiro

Em situações em que pessoa idosa perdeu a capacidade reconhecer o valor do dinheiro, mas ainda possui conhecimento da sua importância e/ou apego ao mesmo, os familiares utilizaram como gerontotecnologias: *Eu coloco o dinheiro aos poucos e notas de valor baixo, na carteira dele, porque ele fica feliz. Ele olha e acha que tem um monte de dinheiro, mas na verdade é um monte de notas de baixo valor. Daí eu vou controlando o quanto coloco (F13).*

Tem que trocar as notas de valor alto, pela mesma quantia de notas, mas de valores baixos. Isso eu aprendi com outro familiar no grupo. Assim, a gente não tira totalmente a autonomia deles, evita constrangimentos e que eles fiquem brabos. E se eles derem para alguém ou esconderem, pelo menos vai ser valor baixo. Lá no grupo, outro familiar disse que

fazia assim, porque o pai dele perdeu a noção do valor do dinheiro, mas contava bem certinho a quantidade de notas que tinha na carteira, para ver se ninguém o roubava (F2).

Gerontotecnologias relacionadas ao desconhecimento/estigmatização da DA

Nesta subcategoria os familiares utilizaram-se do *folder* e manual construídos no AMICA como gerontotecnologias cuidativo-educacionais na forma de produto, para orientação dos cuidados à pessoa idosa com DA e divulgação da doença: [...] *eu tenho orientado muitas pessoas a partir da minha vivência no grupo, mostro o folder, o manual do AMICA e explico sobre a doença e convido a procurar o grupo [...] porque o Alzheimer continua sendo uma doença que as pessoas, as famílias, por desconhecimento, ainda tentam esconder, deixam só para os mais íntimos saber (F1).*

Eu convido todo mundo que eu sei que cuida de um idoso com Alzheimer para participar do AMICA, explico como funciona, mostro o nosso manual construído no grupo [...] até um tempo atrás essa doença era um tabu, faz muito pouco tempo que começou-se a falar sobre essa doença abertamente e tem pessoas que ainda não têm conhecimento sobre o Alzheimer (F2).

Gerontotecnologias relacionadas ao risco de queda

Com relação ao risco de quedas apresentado pelas pessoas idosas com DA, os familiares referiram a utilização das seguintes gerontotecnologias na forma de produto: *Na entrada da casa da mãe, nós colocamos um corrimão, numa subidinha, numa escada; no banheiro colocamos umas barrinhas para ela se apoiar na frente do vaso sanitário e dentro do box (F12).*

No banheiro nós colocamos as barrinhas de ferro na parede para ela se segurar (F5).

Gerontotecnologia relacionada ao controle dos cuidados

Com objetivo de se sentir mais seguro com relação aos cuidados ofertados à pessoa idosa com DA, o familiar/cuidador implementou como gerontotecnologia na forma de produto: [...] *eu implementei o relatório diário, tudo que as cuidadoras faziam elas tinham que anotar, era um livro tipo ata, desde a hora da chegada até a hora de saída delas. Os sinais vitais, a medicação que foi dada, se urinou, se evacuou, tudo estava anotado nesse livro. Eu acho muito importante isso, porque às vezes a gente ficava na dúvida de alguma coisa, a gente procurava no livro e lá estava escrito tudo que havia sido feito e a data direitinho, era um controle muito bom de tudo (F10).*

Quadro 1 - Síntese das gerontotecnologias empregadas/sugeridas pelos familiares/cuidadores no cotidiano de cuidados à pessoa idosa com doença de Alzheimer.

Gerontotecnologias empregadas/sugeridas pelos familiares/cuidadores no cotidiano de cuidados à pessoa idosa com doença de Alzheimer	
Na forma de Produto	<ul style="list-style-type: none"> - Massa de modelar, novelo de linha e boneca como gerontotecnologias de entretenimento da pessoa idosa com DA; - Crachá ou pulseira de identificação da pessoa idosa e contato telefônico do familiar como gerontotecnologia de cuidado; - Jogo de competição no formato de calendário para facilitar o aceite da higiene corporal como gerontotecnologia de cuidado da pessoa idosa com DA; - Técnica de crochê como gerontotecnologia para auxiliar em momentos de repetição ou irritabilidade da pessoa idosa com DA; - Caixa contendo espaços separados com os dias da semana e o horário/turno em que as medicações devem ser administradas à pessoa idosa com DA; - Dispositivos [vidrinhos/potinhos] como gerontotecnologia de cuidado para separar as medicações por dias da semana e horário/turno; - Cartelas de medicação com dias de administração dos comprimidos identificados com caneta permanente; - <i>Folder</i> e manual construídos no AMICA como gerontotecnologias cuidativo-educacionais para orientação dos cuidados à pessoa idosa com DA; - Corrimão e barras de apoio como gerontotecnologias de cuidado e prevenção das quedas em pessoas idosas com DA; - Livro denominado “relatório diário” como gerontotecnologia de comunicação e cuidado da pessoa idosa com DA.
Na forma de Processo/Conhecimento/Estratégia	<ul style="list-style-type: none"> - Retirada da pessoa idosa com DA de sua casa, dar uma volta e retornar ao mesmo ambiente – gerontotecnologia cuidativa em momentos de esquecimento da pessoa idosa acerca da própria casa; - Distração da pessoa idosa como gerontotecnologia cuidativa para retirá-la do foco no qual ela apresenta-se repetitiva/confusa; - Diálogo com vizinhos e estabelecimentos comerciais próximos acerca da DA na pessoa idosa – gerontotecnologia cuidativa para situações em que a pessoa idosa saia e esqueça o caminho para retornar à casa; - Utilização de situações prazerosas para pessoa idosa: “missa” – gerontotecnologia cuidativa relacionada à não aceitação do banho; - Focar em um assunto diferente do que a pessoa idosa está insistindo como forma de distraí-la – gerontotecnologia cuidativa em momentos de repetição e irritabilidade da pessoa idosa; - Substituição de notas de dinheiro com valor alto, pela mesma quantidade, porém com menor valor, na carteira da pessoa idosa com DA – gerontotecnologia cuidativa relacionada à autoestima da pessoa idosa em situações de esquecimento do valor do dinheiro, mas de apego ao mesmo.

Fonte: Autoria própria, 2016.

Discussão

No contexto da DA na pessoa idosa/família, torna-se necessária uma visão ampliada, com vistas a analisar, reconhecer e valorizar o ser humano singular e multidimensional inserido no contexto familiar/social. É necessário compreender que o contexto de cuidados à pessoa idosa com DA modifica-se em decorrência da complexidade que o envolve.¹² Em situações complexas, há sempre a presença da ordem e da desordem, que geram as incertezas e a necessidade de atitudes estratégicas do ser humano ante a desarmonia, perplexidade e lucidez.¹³

O presente estudo evidenciou que os familiares/cuidadores de pessoas idosas com DA vivenciam desordens no cotidiano, para as quais desenvolvem/empregam gerontotecnologias na forma de produto e de processo/conhecimento/estratégias, com vistas ao estabelecimento de nova ordem que possibilite (re)organizarem-se para o processo de cuidado/convivência com a pessoa idosa com DA. Um estudo desenvolvido com 208 familiares cuidadores de pessoas idosas com DA, na cidade de Curitiba, no Paraná, evidenciou que os cuidadores possuem receio em decorrência das alterações de comportamento e personalidade da pessoa idosa com DA. Referem que essas alterações podem causar riscos para o bem-estar tanto do cuidador quanto da própria pessoa idosa.³

As gerontotecnologias na forma de processo/conhecimento/estratégias empregadas pelos familiares/cuidadores, referem-se, principalmente, a estratégias utilizadas com vistas a distrair a pessoa idosa do foco relacionado à repetição e/ou agressividade. A distração da pessoa idosa com assuntos diferentes dos que estão lhe causando a irritabilidade e repetição mostra-se relevante no cuidado à pessoa idosa. A possibilidade de manter a autoestima da mesma por meio da manutenção do dinheiro na sua carteira; a necessidade de comunicação; negociação do aceite da higiene corporal, utilizando-se de situações que são prazerosas para pessoa idosa, bem como a socialização da DA com vizinhos e estabelecimentos comerciais, próximos à residência da pessoa idosa também foram empregados como gerontotecnologias.

Tais formas de gerontotecnologias são importantes nos processos relacionais com a pessoa idosa com DA, em virtude de que forcem a pessoa idosa a realizar atividades desconhecidas poderão acarretar situações de irritabilidade. Por conta disso, há necessidade de trabalhar com a singularidade de cada pessoa, valorizando e reconhecendo seus hábitos, a sua cultura e sua história de vida.¹²

Encontrar meios de melhorar esse processo, seja no controle dos cuidados ou no relacionamento com a pessoa idosa, se faz necessário, com vistas à manutenção de cuidados, tanto da saúde da pessoa idosa, quando do familiar/cuidador, esse último, na maioria das

vezes sobrecarregado com a responsabilidade do cuidado, o que pode gerar estresse, cansado físico e mental.¹⁴ As gerontotecnologias têm possibilitado essa valorização, na realidade investigada, uma vez que os familiares/cuidadores procuram utilizar estratégias relacionadas à distração e negociação com algo prazeroso para a pessoa idosa.

As estratégias, neste estudo utilizadas pelos familiares/cuidadores como gerontotecnologias, são abertas, evolutivas, enfrentam o imprevisto, o novo, se desdobram em situações aleatórias, utilizam o risco, os obstáculos, as diversidades, com o objetivo de desmistificar as incertezas.⁷ Para realizar um cuidado complexo é necessário, neste contexto, compreender a condição humana e suas relações, as quais, recursivamente, dependem do ambiente e da especificidade do ser humano,⁷ nesse caso, o idoso com DA que é cuidado por um familiar.

Os familiares/cuidadores também empregavam/utilizavam gerontotecnologias na forma de produto, como um calendário para facilitar o aceite à higiene corporal da pessoa idosa; a utilização de uma atividade manual, por meio da técnica de crochê, massa de modelar, pintura e o novelo de linha, que mantiveram a pessoa idosa distraída, calma, tranquila e envolvida, demonstrando potencial de evitar possíveis irritações da pessoa idosa com DA. Com relação ao cuidado/controle da medicação da pessoa idosa, os familiares cuidadores empregaram dispositivos na forma de uma caixa, vidrinhos e/ou potes para separar as medicações por dias da semana e horário/turno, bem como identificar com caneta permanente as cartelas de medicação com dias do mês em que as mesmas devem ser administradas, evitando o erro/esquecimento na administração.

Essas gerontotecnologias mostram-se relevantes, uma vez que pesquisa realizada na cidade de São Paulo demonstrou que as ações de cuidado no cotidiano dos cuidadores envolvem, principalmente, as atividades relacionadas à higiene e medicação.¹⁵ Além do mais, as gerontotecnologias foram desenvolvidas/empregadas conforme a necessidade singular de cada pessoa idosa, o que nos remete à Complexidade de Edgar Morin, que permite pensar nos conceitos, sem considerá-los concluídos, bem como compreender a circularidade da ordem e da desordem, a partir de processos (re)organizacionais.⁵

Estudo desenvolvido no Rio Grande do Sul, com profissionais da saúde, demonstrou que eles encontravam dificuldades na sensibilização sobre DA, em decorrência do desconhecimento e da falta de aceitação da doença.¹⁶ Na tentativa de sensibilizar as pessoas e explicar-lhes sobre a DA e sobre o cuidado à pessoa idosa, os participantes do estudo empregavam como gerontotecnologias, na forma de produto, a utilização de *folder* e manual construídos no AMICA.

A DA continua sendo algo que as pessoas e as famílias, por desconhecimento, tentam esconder, deixando a condição de ter um familiar com essa doença apenas para as pessoas mais íntimas da família. O pensamento complexo permite a reflexão de que cada mente é dotada também do potencial de mentira para si própria (*self-deception*), que se apresenta como fonte permanente de erros e ilusões. Apresenta, ainda que, nos humanos, o sistema de ideias está não apenas sujeito ao erro, mas também protege os erros e as ilusões neles inscritos, pois está na lógica organizadora do sistema de ideias resistir às informações que não lhe convém ou que não pode assimilar.¹⁷

O cuidado à pessoa idosa com DA está relacionado, entre outros fatores, à manutenção da segurança física e, especialmente na fase inicial da DA, o processo de cuidado envolve, principalmente, a supervisão visando à prevenção de acidentes pela dificuldade em discernir situações de risco.¹⁴ A esse respeito, os familiares/cuidadores participantes do estudo empregaram barras de apoio nos banheiros e corrimão em escadas, como gerontotecnologias na forma de produto para evitar o risco de quedas da pessoa idosa. Essa forma de gerontotecnologia mostra-se relevante, uma vez que as quedas, além de fraturas e lesões físicas, podem gerar medo constante de cair, limitando progressivamente a participação das pessoas idosas em atividades cotidianas.¹⁹

Com vistas a melhorar o controle dos cuidados da pessoa idosa com DA, um familiar referiu implementar como gerontotecnologia, na forma de produto, um relatório diário, onde eram realizadas anotações referentes ao cuidado, sendo possível saber todos os cuidados administrados à pessoa idosa. Tal gerontotecnologia mostra-se relevante, tendo em vista as demandas de cuidado das pessoas idosas com DA e de seus familiares, principalmente nos casos em que a DA encontra-se em estágio avançado.²⁰

As gerontotecnologias desenvolvidas/empregadas pelos familiares/cuidadores de pessoas idosas com DA foram reflexos de um contexto, inicialmente, de fragilidade e necessidade de cuidado da pessoa idosa, que, no entanto, pode ser conduzido por um movimento circular em que a desordem direcionou os familiares/cuidadores à (re)organização, gerando nova ordem no processo de cuidado à pessoa idosa. Evidenciam-se assim o antagonismo e complementaridade da ordem e da desordem, representando um processo recursivo, singular e complexo.

Conclusão

Os resultados permitiram identificar gerontotecnologias desenvolvidas/empregadas pelos familiares/cuidadores como estratégias de cuidado complexo à pessoa idosa/família com

DA, divididas em dois grupos: o das gerontotecnologias na forma de produto e de processo/conhecimento e/ou estratégias.

As gerontotecnologias na forma de processo/conhecimento/estratégias referem-se, principalmente, a estratégias utilizadas com vistas a distrair a pessoa idosa do foco relacionado à repetição e/ou agressividade manifestada pela pessoa idosa. A possibilidade de manter a autoestima da mesma por meio da manutenção do dinheiro na sua carteira; a necessidade de comunicação, negociação do aceite da higiene corporal, utilizando-se de situações que são prazerosas para pessoa idosa, bem como a socialização da DA com vizinhos e estabelecimentos comerciais próximos. As gerontotecnologias na forma de produto caracterizam-se por uma variedade de produtos construídos/empregados pelos familiares/cuidadores que os auxiliam no cotidiano de cuidados à pessoa idosa com DA.

A união das gerontotecnologias possibilitou a construção de um quadro sintético, que pode ser considerado, também, uma gerontotecnologia, uma vez que poderá ser utilizado como forma de orientação para outras pessoas que vivenciam ou venham a vivenciar situações semelhantes às dos familiares/cuidadores participantes deste estudo. Acredita-se que, dessa forma, as gerontotecnologias apresentadas possam auxiliar outras famílias e cuidadores no processo de cuidado à pessoa idosa com DA.

As limitações deste estudo referem-se à escassez de bibliografias sobre tecnologias relacionando-as com a temática da DA na pessoa idosa e família. Como potencialidade, destaca-se o referencial utilizado, que possibilitou ampliar a compreensão acerca do fenômeno, permitiu a compreensão das gerontotecnologias, com vistas a descrever as suas contribuições no cotidiano da pessoa idosa/família, na perspectiva dos familiares/cuidadores. Esses fatores atribuem a este estudo características que o tornam contributivo para a inovação e o repensar das práticas de cuidados desenvolvidas pelos familiares/cuidadores de pessoas idosas com DA a partir do emprego das gerontotecnologias na forma de produto e de processo/conhecimento/estratégias de cuidado complexo à pessoa idosa/família com DA.

Como contribuições do estudo para a enfermagem como ciência e profissão, sugere-se a utilização dessas gerontotecnologias na prática assistencial/clínica dos enfermeiros e demais profissionais da saúde, junto às pessoas e famílias que vivenciam a DA, na docência junto às disciplinas relacionadas à gerontologia e geriatria e pelos familiares/cuidadores de pessoas idosas com DA no cotidiano de cuidados. A compreensão da complexidade envolve a temática do cuidado às pessoas idosas com DA no entorno familiar; sugere-se, nesse sentido, a realização de mais estudos voltados a buscar auxiliar os familiares/cuidadores e as pessoas idosas nesse processo.

Referências

1. Vale EG, Pagliuca LMF. Construção de um conceito de cuidado de enfermagem: contribuição para o ensino de graduação. *Rev bras Enferm.* 2011; 64(1):106-13.
2. Seima MD, Lenardt MH. A sobrecarga do cuidador familiar de idosos com Alzheimer. *Texto Contexto Enferm.* 2011; 10(2): 388-98.
3. Seima MD, Lenardt MH, Caldas CP. Relação no cuidado entre o cuidador familiar e o idoso com Alzheimer. *Rev. Bras. Enferm.* 2014; 67(2): 233-40.
4. Oliveira APP, Caldana RHL. As repercussões do cuidado na vida do cuidador familiar do idoso com Demência de Alzheimer. *Saúde Soc.* 2012; 21(3): 675-85.
5. Morin E. *A Cabeça bem-feita: repensar a reforma, reformar o pensamento.* 17ª ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2010.
6. Backes DS, Zamberlan C, Freitas HM, Colomé J, Souza MT, Costenaro RS. Del cuidado previsible al cuidado complejo de enfermeira. *Enfermería Global.* 2014; 13(4): 282-8.
7. Barros E JL, Santos SSC, Gomes GC, Erdmann AL. Gerontotecnologia educativa voltada ao idoso estomizado à luz da complexidade. *Rev Gaúcha Enferm.* 2012; 33(2): 95-101.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Agenda nacional de prioridades de pesquisa em saúde /Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia. – 2. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2008. 68 p. – (Série B. Textos Básicos em Saúde).
9. Morin E. *Introdução ao pensamento complexo.* 5ª. ed. Lisboa: Instituto Piaget, 2008.
10. Moraes R, Galiuzzi M.C. *Análise textual discursiva.* 2ª ed. Ijuí: Editora Unijuí, 2011.
11. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa em seres humanos. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012.
12. Cassola TP, Backes DS, Ilha S, Souza MHT, Cáceres KF. Adaptive processo f caregivers of a person elderly with Alzheimer: contributions of nursing. *J Nurs UFPE on line.* [on line]. 2014 [cited 2014 Out 20]; 8 (supl.1):2243-8. Available from: file:///D:/Usu%C3%A1rio/ Downloads/5319-59684-1-PB.pdf
13. Morin E. *Ciência com consciência.* Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2010.
14. Ricci M, Guidoni SV, Sepe-Monti M, Bomboi G, Antonini G, Blundo C. Clinical findings, functional abilities and caregiver distress in the early stage of dementia with Lewy bodies (DLB) and Alzheimer's disease (AD). *Arch. Gerontol. Geriatr.* 2009; 49(2): 101-4.

15. Sakman R, Cavalcante MBG, Puggina AC. Facilidades e dificuldades do cuidador familiar de idosos com doença de Alzheimer em domicílio. *Revista Enfermagem Atual in Derme*. 2013; 65.
16. Ilha S, Backes DS, Santos SSC, Gautério-Abreu DP, Silva BT, Pelzer MT. Alzheimer's disease in elderly/family: Difficulties experienced and care strategies. *Escola Anna Nery*. 2016; 20(1): 138-46.
17. Morin E. Os sete saberes necessários à educação do futuro. 2ª ed. São Paulo: Cortez; Brasília: UNESCO; 2011.
18. Lin LC, Wu SC, Kao CC, Tzeng YL, Watson R, Tang SH. Single ability among activities of daily living as a predictor of agitation. *J. Clin. Nurs*. 2009; 18(1): 117-23.
19. Ilha S, Quintana JM, Santos SSC , Vidal DAS , Gautério DP , Backes DS. Falls in elderly people: reflection for nurses and other professionals. *J Nurs UFPE on line.*, Recife. 2014; 8(6):1791-8.
20. Ramos AK; Silveira A; Hammerschmidt KSA; Lucca DC; Luciano FRS. Gerenciamento do cuidado de enfermagem ao idoso com Alzheimer. 2015; 21(4): [16 telas]

6 EM BUSCA DE NOVAS TEMPESTADES DE LUZ...

“O futuro humano está repleto de incertezas e de desconhecidos. Em contrapartida, é certo que para visualizá-los precisamos preparar desde agora a reforma do conhecimento capaz de enfrentar incertezas e complexidades (que são inseparáveis)” (MORIN, 2015, p. 392).

“Os esforços para melhorar a qualidade de vida dos idosos necessitam muito mais de presenças humanas do que de aparelhos automáticos” (MORIN, 2015, p. 375).

A partir desta pesquisa, foi possível conhecer a compreensão dos docentes e discentes dos cursos das áreas da saúde e humanas acerca do AMICA como uma (geronto)tecnologia cuidativo-educacional complexa no contexto da DA e de apoio à pessoa idosa/família; descrever as contribuições do AMICA como (geronto)tecnologia cuidativo-educacional complexa no contexto da DA em pessoas idosas, na perspectiva de familiares/cuidadores, bem como identificar (geronto)tecnologias desenvolvidas/empregadas pelos familiares/cuidadores como estratégias de cuidado complexo à pessoa idosa/família com DA.

Pôde-se perceber que tanto os docentes quanto os discentes compreendiam o AMICA como uma (geronto)tecnologia, pelas ações que ele desenvolve. Referiram que o mesmo utiliza-se de outras (geronto)tecnologias e possui a capacidade de produzir novas (geronto)tecnologias, o que demonstra a sua capacidade como (geronto)tecnologia complexa. Os discentes apresentaram algumas ferramentas constitutivas de (geronto)tecnologias no AMICA, das quais salientaram a união, a troca de conhecimentos entre os docentes, discentes e os familiares/cuidadores e a construção, (des)construção e (re)construção que ocorrem constantemente no grupo, uma vez que instiga os participantes a buscarem novas formas e estratégias com vistas a melhorar o cuidado à pessoa idosa com DA/família.

Dentre as tecnologias que constituem o AMICA, os docentes destacaram o acolhimento, a escuta e o conhecimento. Os discentes salientaram algumas características do AMICA como (geronto)tecnologia complexa: a (inter)relação entre os aspectos cuidativo e educacional, entre o conhecimento do docente, discente e familiar/cuidador, bem como a (inter)relação da dimensão multi-inter-trans-meta-disciplinar no grupo. E, como contribuições como (geronto)tecnologia cuidativo-educacional, a possibilidade de vivenciarem, no grupo, a interação interdisciplinar, proporcionando-lhes aprendizagem e conhecimento, bem como a capacidade de acolher e ser acolhido por meio das suas vivências no AMICA.

Os familiares/cuidadores, por sua vez, referiram como contribuições do AMICA a educação e o cuidado dos familiares/cuidadores de pessoas idosas com DA; a educação para o cuidado e para o futuro com a pessoa idosa com DA; e a troca, socialização e construção do conhecimento por meio dos diversos saberes existentes no grupo. Dessa forma, percebe-se que o AMICA contribui como (geronto)tecnologia de cuidado e educação para o cuidado, ao mesmo tempo, uma vez que nele são construídos conhecimentos que, aplicados na prática, melhoram o cuidado à pessoa idosa com DA.

Algumas fragilidades permearam a construção deste estudo, dentre elas a dificuldade de reunir os discentes para o desenvolvimento dos grupos focais, dificuldade igualmente encontrada com o grupo de docentes. No entanto, compreendendo que as desordens são propulsoras de nova ordem, pesquisador e pesquisados se (re)organizaram para a efetivação do grupo, que teve seus encontros desmarcados e remarcados algumas vezes, até a conclusão do processo de coleta dos dados.

Como potencialidade, destaca-se a metodologia de coleta por meio da triangulação das técnicas de GF, entrevista semiestruturada e observação participante, que possibilitou a complementaridade de informações, constituindo-se, cada uma, como partes de um todo complexo. A análise de dados utilizada neste estudo também foi fundamental, pois permitiu um processo dinâmico, circular e multidimensional que possibilitou, juntamente com o referencial da Complexidade, iluminar o fenômeno sob investigação. Possibilitou a compreensão da desordem-ordem-(re)organização como processo antagônico e, ao mesmo tempo, complementar, pela apreensão da desordem, nesse caso, vivenciada pela DA na pessoa idosa, como propulsora de nova ordem, a partir do emprego das (geronto)tecnologias no cuidado diário dos familiares/cuidadores, bem como a possibilidade de compreender as formas de atuação multi-inter-trans-meta-disciplinar.

Esses fatores contribuíram para a efetivação desta pesquisa, que apresenta características que a tornam contributiva para a inovação e o repensar no Grupo AMICA como uma (geronto)tecnologia cuidativo-educacional complexa, o que o fortalece para o desenvolvimento de novas tecnologias com objetivo de auxiliar os familiares/cuidadores no processo de cuidado da pessoa idosa com a DA. O estudo possibilitou, ainda, identificar propostas de (geronto)tecnologias desenvolvidas/empregadas pelos familiares/cuidadores como estratégia de cuidado complexo à pessoa idosa/família com DA, as quais foram identificadas em dois grupos: (geronto)tecnologias na forma de processo/conhecimento/estratégias e (geronto)tecnologias na forma de produto.

A união das (geronto)tecnologias possibilitou a construção de um quadro sintético, que pode ser considerado, também, uma (geronto)tecnologia, uma vez que poderá ser utilizado como forma de orientação para outras pessoas que vivenciam ou venham a vivenciar situações semelhantes às dos familiares/cuidadores, participantes deste estudo. Os dados desta pesquisa confirmam a tese de que: **O grupo AMICA caracteriza-se como uma (geronto)tecnologia cuidativo-educacional complexa para familiares/cuidadores, docentes e discentes dos cursos das áreas da saúde e humanas, geradora de novas (geronto)tecnologias de cuidado à pessoa idosa/família, no contexto sócio-ambiental.**

A conclusão desta pesquisa deixa a “certeza” de que trata-se de um trabalho em constante realização, considerando que cuidar de pessoas idosas com a DA necessita de ações dinâmicas, complexas, multi-inter-trans-meta-disciplinares por meio de um processo contínuo e em rede. Tal situação suscita a necessidade de vários atores e autores em busca de novos significados. Surge, então, a importância do AMICA na vida destes autores, como ponto de convergência e fortalecimento para as desordens do cotidiano vivenciadas por intermédio da DA no entorno familiar.

Espera-se, dessa forma, que novas tempestades de luz surjam a partir dos dados desta pesquisa e que outros fenômenos vivenciados por pessoas idosas/famílias com DA possam ser iluminados, a partir da utilização das (geronto)tecnologias apresentadas ou de outras que venham a ser construídas a partir das vivências singulares de cada participante ou do grupo como uma unidade complexa. Neste constructo, sugere-se a utilização dessas (geronto)tecnologias na prática assistencial/clínica dos enfermeiros e demais profissionais da saúde, junto às pessoas e famílias que vivenciam a DA, na docência junto às disciplinas relacionadas à gerontologia e geriatria e pelos familiares/cuidadores de pessoas idosas com DA no cotidiano de cuidados.

7 REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ALZHEIMER (ABRAZ). **Doença de Alzheimer: “Alzheimer: quanto antes souber, mais tempo você terá para lembrar”**. Brasil: Associação Brasileira de Alzheimer; 2012. Disponível em: <http://abraz.org.br/abraz-na-midia/release-institucional-doenca-de-alzheimer> [acesso em 20 julho de 2015].

ALEKSANDROWICZ, A.M.C. Participação e integração: o ponto de vista das teorias da auto-organização. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 14, n. 3, p. 235-239, 2009.

ALZHEIMER’S ASSOCIATION. Alzheimer’s disease facts and figures. **Alzheimer’s dementia.**, v.8, n.2, p.131-138, 2012.

ALZHEIMER’S DISEASE INTERNATIONAL. **World Alzheimer’s report 2010: the global economic impact of dementia**. London: Alzheimer’s Disease International; 2010.

ARRUDA, M.C.; ALVAREZ, A.M.; GONÇALVES, L.H.T. O familiar cuidador de portador de doença de Alzheimer participante de um grupo de ajuda mútua. **Cienc Cuid Saude.**, v.7, n. 3, p. 339-345, 2008.

BACKES, D.S. et al. Del cuidado previsible al cuidado complejo de enfermeira. **Enfermería Global.**, n.36, p.282-288, 2014.

BACKES, M.T.S. et al. Cuidado ecológico como um fenômeno amplo e complexo. **Rev Bras Enferm.**, v.64, n.5, p. 876-881, 2011.

BACKES, D.S. et al. O papel do enfermeiro no contexto hospitalar: a visão de profissionais de saúde. **Cienc Cuid Saúde.**, v. 7, n. 3, p. 319-326, 2008.

BACKES, D.S. et al. Empreendedorismo social da enfermagem: rupturas e avanços. In: BACKES, D.S. (Org). **Empreendedorismo social da enfermagem: rupturas e avanços. Santa Maria: Centro Universitário Franciscano**, 2012. p. 17-28

BACKES, D. S. **Vislumbrando o cuidado de enfermagem como prática social empreendedora** [tese]. Florianópolis: Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina; 2008.

BAGGIO, M.A.; ERDMANN, A.L.; DAL SASSO, G.T.M. Cuidado humano e tecnologia na enfermagem contemporânea e complexa. **Texto Contexto Enferm.**, v.19, n.2, p.378-385, 2010.

BARBOUR, R. **Grupos Focais**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

BARNARD, A. Philosophy of technology and nursing. **Nursing Philosophy**, v.3, p.15-25, 2002

BARROS, E.J.L. **O ser idoso estomizado sob o olhar complexo: uma proposta de gerontotecnologia educativa**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Fundação Universidade Federal do Rio Grande, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2007.

BARROS, E. J. L.; SANTOS, S. S. C.; ERDMANN, A. L. O cuidado de enfermagem à pessoa idosa estomizada na perspectiva da Complexidade. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 9, p. 28-37, 2008.

BARROS, E.J.L. et al. Gerontotecnologia educativa voltada ao idoso estomizado à luz da complexidade. **Rev Gaúcha Enferm.**, v.33, n.2, p.95-101, 2012.

BARROS, E.J.L. **Cuidado de enfermagem complexo, ecossistêmico e gerontotecnológico ao idoso estomizado**. Tese (Doutorado em Enfermagem). Universidade Federal do Rio Grande, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2012.

BARROS, E. J. L. et al. Ecosystemic and gerontechnological actions in complex nursing care to the elderly with ostomy. **Revista Brasileira de Enfermagem** (Impresso), v. 67, p. 91-96, 2014.

BAUER, J. **Die Alzheimer-Krankheit, Neurobiologie, Psychosomatik, Diagnostik und Therapie**. Stuttgart Schattauer, 1994, 152p.

BEKHET, A.K. Effects of positive cognitions and resourcefulness on caregiver burden among caregivers of persons with dementia. **Int J Ment Health Nurs**. v.22, n. 4, p.340-346, 2013.

BULLA, L.C.; MARTINS, R.R.; VALENCIO, G. O convívio do idoso com Alzheimer com sua família: Qualidade de vida e suporte social. In: _____. (Org). **Convivendo com o familiar idoso**. Porto Alegre: EDPUCRS, 2009.

BORGHI, A.C. et al. Qualidade de vida de idosos com doença de Alzheimer e de seus cuidadores. **Rev Gaúcha Enferm.**, v.32, n.4, p.751-758, 2011.

BLÜMKE, A.C.; FILIPPIN, N.T.; BLASI, T.C. **Doença de Alzheimer: guia prático multidisciplinar para os cuidadores**. 1ª. ed. Santa Maria, RS: Centro Universitário Franciscano, 2013, 35p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estatuto do idoso**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 2.510, de 19 de dezembro de 2005**. Institui Comissão para Elaboração da Política de Gestão Tecnológica no âmbito do Sistema Único de Saúde - CPGT. Diário Oficial da União, Brasília; 2005 dez 20. Seção 1, p. 77.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Agenda nacional de prioridades de pesquisa em saúde** /Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia. – 2. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2008. 68 p. – (Série B. Textos Básicos em Saúde).

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa em seres humanos**. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012.

CALLONI, H. **Os sentidos da interdisciplinaridade**. Pelotas (RS): Seivas Publicações, 2006, 78 p.

CAMARANO, A.A.; KANSO, S. Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica. In: FREITAS, E.V.; PY, L. **Tratado de geriatria e gerontologia**. 3 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. p. 58-73.

CARVALHO, J.A.; ESCOBAR, K.A.A. cuidador de idosos: um estudo sobre o perfil dos cuidadores de idosos do programa de assistência domiciliar (PAD) da associação dos aposentados e pensionistas de Volta Redonda - AAP-VR. **Revista Científica do ITPAC**, Araguaína, v.8, n.1, Pub.6, 2015.

CASSOLA, T.P. et al. Adaptive process of caregivers of a person elderly with Alzheimer: contributions of nursing. **J Nurs UFPE online.**, v.8, n.Suppl. 1, p.2243-2248, 2014.

CENTRO UNIVERSITÁRIO FRANCISCANO. **Curso para cuidadores de pessoas idosas com Doença de Alzheimer**. Brasil: Centro Universitário Franciscano; 2015. disponível em: <http://www.unifra.br/eventos/maiseventos/Default.aspx?id=ap7SG9ivzk0> [acesso 18 de julho 2015].

CENTRO UNIVERSITÁRIO FRANCISCANO. **Curso para cuidadores de pessoas idosas com Doença de Alzheimer**. Brasil: Centro Universitário Franciscano; 2016a. disponível em: <http://www.unifra.br/Site/Indexador/DetalhesNoticias/DetalhesNoticias/4191> [acesso 18 de julho 2016].

CENTRO UNIVERSITÁRIO FRANCISCANO. **III Curso para cuidadores de pessoas com a Doença de Alzheimer**. Brasil: Centro Universitário Franciscano; 2016b. disponível em: <http://www.unifra.br/eventos/maiseventos/Default.aspx?id=oPkcFshC4tc> [acesso 21 de outubro 2016].

CIANCIARULO, T. et al. **Pesquisa em história da enfermagem**. 2 ed. Barueri, SP, Manole; 2011.

DALL'AGNOL, C.M.; TRENCH, M.H. Grupos focais como estratégia metodológica em pesquisa na enfermagem. **Rev Gaúcha Enf.**, v.20, n.1, p. 5-25,1999.

DALL'AGNOL CM, et al. O trabalho com grupos como instância de aprendizagem em saúde. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, v.28, n.1, p.21-6, 2007.

DESLAURIERS, J. P.; KÉRISIT, M. O delineamento de pesquisa qualitativa. In: POUPART, J. et al. **A pesquisa qualitativa – enfoques epistemológicos e metodológicos**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008. 464p.

DIEL, L. et al. Sociodemographic profile and level of burden of dementia patients' caregivers who participate in a support group. **Dement Neuropsychol.**, v.4, n.3, p.232-237, 2010.

ERDMANN, A.L. et al. Construindo um modelo de sistema de cuidados. **Acta paul. enferm.** v. 20, n. 2, p. 180-185, 2007.

FALKENBERG, M.B. et al. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 847-852, 2014.

FARLOW, M.R. Alzheimer disease. In: FILLIT, H.M.; ROCKWOOD, K.; WOODHOUSE, K. Organizadores. **Brocklehurst's Textbook of geriatric medicine and gerontology**. 7th Edition. Philadelphia: Saunders, Elsevier; 2010. p. 411-420

FERNANDES, E.S. **Ingestão de alimentos antioxidantes por filhos sanguíneos de portadores da doença de Alzheimer**. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Nutrição) – Centro Universitário Franciscano, Santa Maria, 2006.

FERNÁNDEZ-LANSAC, V. et al. Resilience in caregivers of patients with dementia: A preliminary study. **Rev Esp Geriatr Gerontol**. v.47, n.3, p.102-109, 2012.

FERNANDES, M.G.M.; GARCIA, T.R. Estrutura conceitual da tensão do cuidador familiar de idosos dependentes. **Rev Eletr Enf** [Internet]. v.11, n.3, p. 469-76, 2009. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n3/v11n3a02.htm>

FERREIRA, J.F. **No esquecimento**. Luso Poemas, 2008. Disponível em: <http://www.luso-poemas.net/modules/news/article.php?storyid=2742>

_____. **Dá-me uma resposta**. Luso Poemas, 2012. Disponível em: <http://www.luso-poemas.net/modules/news/index.php?uid=274>

FONSECA, A.M.; SOARES, E. O processo saúde-doença e o cuidado domiciliário ao portador de doença de Alzheimer. **Fam Saúde Desenv.**, v. 8, n. 2, p. 163-67, 2006.

FORLENZA, O.V.; DINIZ, B.S.; GATTAZ, W.F. Diagnosis and biomarkers of predementia in Alzheimer's disease. **BMC Med.**,n.8.v.89, 2010.

FHON, J.R. et al. Quedas em idosos e sua relação com a capacidade funcional. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v.20, n.5, p. [08 telas], 2012.

FREITAS, I.C.C. et al. Convivendo com o portador de Alzheimer: perspectivas do familiar cuidador. **Rev Bras Enferm.**, v. 61, n.4, p. 508-13, 2008.

GALLUCCI, N.J.; TAMELINI, M.G.; FORLENZA, O.V. Diagnóstico diferencial das demências. **Rev Psiquiatr Clín.**, v. 32, n.3, p. 119-130, 2005.

GAIOLE, C.C.; FUREGATO, A.R.; SANTOS, J.L. Perfil de cuidadores de idosos com doença de Alzheimer associado à resiliência. **Texto Contexto Enferm**. v.21, n. 1, p.150-157, 2012.

GATZ, M; REUNOLDS, C.A.; FRATIGLIONI, L.; JOHANSSON, B.; MORTIMER, J.A.; FISKE, A et al. Role of genes and environments for explaining Alzheimer disease. **Arch gen psychiatry**. v.63, n.2, p.168-174, 2006.

GEPESSES. Grupo de Estudos e Pesquisa em Empreendedorismo Social da Enfermagem e Saúde. **Validação de conceito de cuidado de enfermagem à luz da complexidade**. Conceito discutido e validado no grupo de pesquisa, 2011.

GONÇALVES, L.H.T. et al. O convívio familiar do idoso na quarta idade e seu cuidador. **Ciênc Cuid Saúde.**,v.10, n.4, p. 746-54, 2011.

GONÇALVES, L.H.T. et al. Tecnologias de/em enfermagem no cuidado da vida e saúde do cliente/usuário/paciente idoso. In: NIETSCHÉ, E.A.; TEIXEIRA, E.; MEDEIROS, H.P. (Org). **Tecnologias cuidativo-educacionais: uma possibilidade para o empoderamento do(a) enfermeiro(a)?** Porto Alegre: Moriá, 2014. p. 97-112.

GURIAN, M.B.F. et al. Rastreamento da função cognitiva de idosos não- institucionalizados. **Rev Bras Geriatr Gerontol.** Rio de Janeiro. v.15, n.2, p.275-283, 2012.

HAMMERSCHMIDT, K.S.A. **Gerontotecnologias para o ensino educativo direcionadas ao idoso: cuidado de enfermagem complexo.** Tese (Doutorado em Enfermagem). Universidade Federal do Rio Grande, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2011.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Censo demográfico 2010: **características da população e dos domicílios - resultados do universo.** Rio de Janeiro: IBGE, 2011.

ILHA, S. et al. Percepções de acadêmicos acerca das atividades interdisciplinares realizadas no grupo de cuidadores de idosos com Alzheimer. **Disciplinarum Scientia.** Série: Ciências da Saúde, Santa Maria, v. 11 n. 1, 25-36, 2010.

ILHA, S. **Contribuição de um projeto de extensão na melhoria da qualidade de vida do cuidador de idosos com Alzheimer.** Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Centro Universitário Franciscano, Santa Maria, 2011.

ILHA, S. et al. Qualidade de vida do familiar cuidador de idosos com Alzheimer: contribuição de um projeto de extensão. **Cogitare Enferm.,** v.17, n.2, p.270-276, 2012a.

ILHA, S. et al. Grupo de apoio multidisciplinar com cuidadores de idosos com Alzheimer: sentimentos vivenciados. **Nursing (São Paulo),** v. 14, n.168, p. 244-249, 2012b.

ILHA, S. et al. Contributions of a group about the Alzheimer's disease for family members/caregivers, professors and students from the healthcare field. **J Nurs UFPE online.,** Recife, v.7, n.4, p.1279-1285, 2013

ILHA, S. **(Re)organização familiar no processo de enfrentamento da doença de Alzheimer na perspectiva da complexidade.** Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Rio Grande, 2013.

ILHA, S.; BACKES, D.S. (Re)Organização familiar no contexto da Doença de Alzheimer em idosos: estudo descritivo-exploratório. **Online Brazilian Journal of Nursing,** Niterói (RJ), v. 13, Sup 1, p. 478-481, 2014. Disponível em: http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/viewFile/4963/pdf_286

ILHA, S. et al. Refletindo acerca da doença de Alzheimer no contexto familiar do idoso: implicações para a enfermagem. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro (RECOM),** v. 4, n.1, p. 1057-1065, 2014.

ILHA, S. et al. Family (re)organization of elderly with Alzheimer: the professors perception based on its complexity. **Esc Anna Nery.**, v.19, n.2, p.331-337, 2015a.

ILHA, S. et al. Group for family/caregivers of elderly with Alzheimer's: experience of teachers based on the complexity. **Rev Rene**, v. 16, n.4, p. 603-612, 2015b.

ILHA, S. et al. Estratégias de cuidado utilizadas por familiares/cuidadores de pessoas idosas com Alzheimer à luz da complexidade. In: Souza, F.G.M.; Backes, D.S. (Org.). **Cuidado de Enfermagem e Saúde: Diversidades e Complexidades**. 1ed.Florianópolis: Papa-Livro, 2015c, v. 1, p. 225-241.

ILHA, S. et al. Alzheimer's disease in elderly/family: Difficulties experienced and care strategies. **Escola Anna Nery.**, v.20, n.1, p. 138-146, 2016.

JACK, C.R. et al. Introduction to the recommendations from the National Institute on Aging and the Alzheimer's Association workgroup on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease. **Alzheimer's & Dementia.**, v.7, n.3, p.257-262, 2011.

KIM, H.S. **Análise teórica dos fenômenos do domínio do ambiente**. Mimeo. 1992, 26p

LEIBING, A. **Olhando para Trás: os dois nascimentos da doença de Alzheimer e a senilidade no Brasil**. Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento, Porto Alegre, 1999.

LENARDT, M.H. et al. A condição de saúde e satisfação com a vida do cuidador familiar de idoso com Alzheimer. **Colomb Med.**,v.42, n. Suppl, [aprox.9 telas], 2011. Disponível em: <http://www.bioline.org.br/pdf?rc11036>

LEOPARDI, M.T. Produção e aplicação das tecnologias de saúde. In: NIETSCHE, E.A., TEIXEIRA, E.; MEDEIROS, H.P. (Org). **Tecnologias cuidativo-educacionais: uma possibilidade para o empoderamento do(a) enfermeiro(a)?** Porto Alegre: Moriá, 2014. p. 37-55.

LUZARDO, A.R.; GORINI, M.I.P.C.; SILVA, A.P.S.S. Características de idosos com doença de Alzheimer e seus cuidadores: uma série de casos em um serviço de neurogeriatria. **Texto contexto Enf.**, v.15, n.4, p.587-594, 2006.

MACHADO, M.F.A.S. et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. **Ciênc. saúde coletiva.**, v.12, n.2, p. 335-342, 2007.

MACHADO, J.C. et al. Declínio cognitivo de pessoa idosas e sua associação com fatores epidemiológicos em Viçosa, Minas Gerais. **Rev Bras Geriatr Geront.** Rio de Janeiro. v.14, n.1, p.109-121, 2011.

MCKHANN, G.M. et al. The diagnosis of dementia due to Alzheimer's disease: recommendations from the National Institute on Aging-Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease. **Alzheimer's & Dementia.**, v.7, n.3, 263-169, 2011.

MEIRA, E.C. et al. Tecnologia Assistiva de Vivências Musicais na recuperação vocal de idosos portadores de Doença de Parkinson. **Rev Bras Geriatr Gerontol.**, v.11, n.3, p.341-355, 2008.

MOURA, R.F.; SILVA, R.M. Informação e planejamento familiar como medidas de promoção da Saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 9, n. 4, p. 134-139, 2004.

MORAES, C.T. et al. Compreendendo a dinâmica familiar em uma comunidade socialmente vulnerável: desafios e conquistas. In: BACKES, D. S. (Org). **Empreendedorismo social da enfermagem: rupturas e avanços**. Santa Maria, RS: Centro Universitário Franciscano, 2012. p. 87-98.

MORAES, R.; GALIAZZI, M.C. **Análise textual discursiva**. 2. ed. Ijuí: Editora Unijuí, 2011. 224p.

MORAIS, H.C.C. et al. Burden and modifications in life from the perspective of caregivers for patients after stroke. **Rev Latino-Am Enfermagem.**, v.20, n.5, p. 944-953, 2012.

MORIN, E. **Meus demônios**. São Paulo: Bertrand Brasil; 2000.

_____. **Método 2: a vida da vida**. Porto Alegre: Sulina, 2005, 527p.

_____. **Método 5: a humanidade da humanidade**. 4ª. Ed. Porto Alegre: Sulina; 2007, 309p.

_____. **Método 1: A natureza da natureza**. 2ª ed. Porto Alegre: Sulina; 2008a. 479p.

_____. **Introdução ao pensamento complexo**. 5ª .ed. Lisboa: Instituto Piaget, 2008b. 177p.

_____. **Método 3: conhecimento do conhecimento**. 4 ed. Porto Alegre, Sulina, 2008c, 286p.

_____. **A Cabeça bem-feita: repensar a reforma, reformar o pensamento**. 17ª ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2010a. 128p

_____. **Ciência com consciência**. 14ª.ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2010b. 344p.

_____. **Os sete saberes necessários à educação do futuro**. 2 a ed. São Paulo: UNESCO, 2011a. 102p

_____. **Método 4: as ideias: habitat, vida, costumes, organização**.5. Ed. Porto Alegre: Sulina; 2011b, 320p.

_____. **Método 6: ética**. 4ª. Ed. Porto Alegre: Sulina; 2011c, 224p.

_____. **A via para o futuro da humanidade**. 2ª. Ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2015, 392p.

NERI, A.L. **Palavra-chave em gerontologia**. 2 ed. Campinas, SP: Alínea, 2005.

NIETSCHE, E.A. **Tecnologia Emancipatória: possibilidade ou impossibilidade para a práxis de enfermagem?** 1. ed. Ijuí: UNIJUÍ, 2000. v. 1. 360p.

OLIVEIRA, F.S.; CASSALES, L. W. O cuidador da pessoa com Alzheimer. **Disciplinarum Scientia**. Série: Ciências Humanas., v.15. n. 1, p. 123-131, 2014.

OLIVEIRA, T.I. **Cotidiano de familiares/cuidadores de idosos com Alzheimer: contribuições de um grupo apoio**. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Terapia Ocupacional) – Centro Universitário Franciscano, Santa Maria, 2016.

PAIM, L.M.D.; NIETSCHE, E.A.; LIMA, M.G.G. Tecnologias de enfermagem: algumas propostas de classificação/categorizações. In: NIETSCHE, E.A.; TEIXEIRA, E.; MEDEIROS, H.P. (Org). **Tecnologias cuidativo-educacionais: uma possibilidade para o empoderamento do(a) enfermeiro(a)?** Porto Alegre: Moriá, 2014. p. 97-112.

PELZER, M.T. **Assistência cuidativa humanística de enfermagem para familiares cuidadores de idosos com doença de Alzheimer a partir de um grupo de ajuda mútua**. Tese (Doutorado em Enfermagem). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

PETRAGLIA, I. **Edgar Morin: A Educação e a complexidade do ser e do saber**. 11. ed. Petrópolis: Vozes, 2010. 126p

PISZEZMAN, M.L.R.M. Família e estrutura: a abordagem estrutural e a terapia de família. In: CERVENY, C.M.O. (Org). **Família e...narrativas, gênero, parentalidade, irmãos, filhos no divórcio, genealogia, história, estrutura, violência, intervenção sistêmica, rede social**. São Paulo: casa do Psicólogo, 2006. P. 151-195

PONTE, C. M. M. et al. Projeto sala de espera: uma proposta para educação em diabetes. **RBPS**, v. 19, n. 4, p. 197-202, 2006.

POPE, C.; MAYS, N. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed; 2009.

PRICE, J.L. et al. Neuropathology of non demented aging: presumptive evidence for preclinical Alzheimer disease. **Neuro bio aging**., v.30, n.7, p.1026-1036, 2009.

ROCHA, P.K. et al. Cuidado e tecnologia: aproximações através do Modelo de Cuidado através do Modelo de Cuidado. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v.61, v.1, n. 113-116, 2008.

RODRIGUES, C.C.R. **Relação do consumo de alimentos fontes de Ácido Ascórbico com Marcadores do Estresse Oxidativo em Idosos com Doença de Alzheimer**. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Nutrição) – Centro Universitário Franciscano, Santa Maria, 2011.

RODRIGUES, A.T. et al. Auto-organização de uma família socialmente vulnerável: um estudo de caso. In: BACKES, D.S. (Org). **Empreendedorismo social da enfermagem: rupturas e avanços**. Santa Maria: Centro Universitário Franciscano, 2012. p. 73-85.

SANTOS, S.S.C.; PELZER, M.T.; RODRIGUES, M.C.T. Condições de enfrentamento dos familiares cuidadores de idosos portadores de doença de Alzheimer. **RBCEH**, Passo Fundo, v. 4, n. 2, p. 114-126, 2007

SANTOS, S.S.C. et al. Interdisciplinaridade: a pesquisa como eixo de formação/profissionalização na saúde/enfermagem. **Revista Didática Sistêmica.**, v.5, p. 13-22, 2007.

SANTOS, M.C.; SIQUEIRA, H.C.H.; SILVA, J.R.S. Saúde coletiva na perspectiva ecossistêmica: uma possibilidade de ações do enfermeiro. **Rev Gaúcha Enferm.**, v.30, n.4, p.437-444, 2009.

SANTOS, S.S.C.; HAMMERSCHMIDT, K.S.A. A complexidade e a religação de saberes interdisciplinares: contribuição do pensamento de Edgar Morin. **Rev bras enferm.**, v.65, n.4, p.561-565, 2012.

SANTOS, G.O. **Cuidado ao cuidador: atenção farmacêutica ao cuidador de paciente com doença de Alzheimer.** Trabalho de Conclusão de Curso. (Graduação em Farmácia) - Centro Universitário Franciscano, Santa Maria, 2012.

SANTOS, G.O.; ZAMBERLAN, C.; LIMBERGER, J.B. Atenção farmacêutica ao cuidador de paciente com doença de Alzheimer. **Cogitare Enferm.**, v.18, n.4, p.682-687, 2013.

SEIMA, M.D.; LENARDT, M.H. A sobrecarga do cuidador familiar de idoso com Alzheimer. **Texto e Contexto. Porto Alegre**,v.10, n.2, p.388-398, 2011.

SEIMA, M.D.; LENARDT, M.H.; CALDAS, C.P. Relação no cuidado entre o cuidador familiar e o idoso com Alzheimer. **Rev bras enferm.**, v.67, n.2, p.233-240, 2014.

SENA, E.L.S. et al. Tecnologia cuidativa de ajuda mútua grupal para pessoas com Parkinson e suas famílias. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis., v. 19, n.1, p.93-103, 2010.

SERENIKI, A., VITAL, M.A.B.F. A doença de Alzheimer: aspectos fisiopatológicos e farmacológicos. **Rev psiquiatr Rio Gd Sul.**, v.30, n.1, suppl., p. 0-0, 2008.

SCHMIDT, M.I. et al. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. **Lancet.**,v.377, n.9781, p.1949-1961,2011.

SPAGNUOLO, R.S.; GUERRINI, I.A. A construção de um modelo de saúde complexo e transdisciplinar. **Interface- Comunicação, Saúde e Educação**, v. 9, n.16, p. 191-194, Set. 2004/fev.2005.

TALMELLI, L.F.S. et al. Alzheimer's disease: functional decline and stage of dementia. **Acta paul enferm.**, v.26, n.3, p. 219-225, 2013.

TAVARES, S.O. **A extensão como experiência: contribuições do projeto AMICA na formação acadêmica.** Trabalho de Conclusão de Curso. (Graduação em Psicologia) - Centro Universitário Franciscano, Santa Maria, 2014.

TEIXEIRA, E.; MEDEIROS, H.P.; NASCIMENTO, M.H.M. Referenciais metodológicos para a validação de tecnologias cuidativo-educacionais. In: NIETSCHE, E.A.; TEIXEIRA, E.; MEDEIROS, H.P. (Org). **Tecnologias cuidativo-educacionais: uma possibilidade para o empoderamento do(a) enfermeiro(a)?** Porto Alegre: Moriá, 2014. p.113-127.

TERRA M.G. et al. O significado de cuidar no contexto do pensamento complexo: novas possibilidades para a enfermagem. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v.15, n. esp. p.164-169, 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Dementia: a public health priority.** Geneva: WHO. 2012 Available from:http://whqlibdoc.who.int/publications/2012/9789241564458_eng.pdf [cited 2014 Dez 10].

VALE, E.G.; PAGLIUCA, L.M.F. Construção de um conceito de cuidado de enfermagem: contribuição para o ensino de graduação. **Rev bras Enferm.**, v.64, n.1, p. 106-113, 2011.

VALIM, M.D.; DAMASCENO, D.D.; ABI-ACL, L.C.; GARCIA, F.; FAVA, S.M.C.L. A doença de Alzheimer na visão do cuidador: um estudo de caso. **Rev eletr enf.**, v.12, n.3, p. 528-34, 2010.

VITOR, T.L.O.; ANADÃO, N.V.R.S. Familiares de idosos com a doença de Alzheimer: uma reflexão sobre aspectos psicossociais. **Ciências Biológicas e da Saúde, Maceió.** v. 2, n.2, p. 111-130, 2014.

ZAMBERLAN, C. et al. Saúde e enfermagem no contexto ecossistêmico. **Rev Bras Enferm.**, v.66, n.4, p. 603-606, 2013.

Dá-me uma resposta

*Para o que eu digo, para onde vou,
para o que sinto, para saber somente quem sou.*

*Somo destinos, procuro caminhos,
mas sempre perdido...
Nada mudou...*

*Leva-me a ver as estrelas,
que constantemente não param de chorar,
Sabias, que já nem se emocionam?...
...com a união do céu e do mar...*

*Dá-me uma resposta
Ensina-me de novo a andar,
onde procurar,
e talvez quem sabe um dia voar!!*

*Dá-me uma resposta,
ensina-me de novo a sonhar...
rasga-me o sorriso,
de forma a que não se volte a fechar...*

*Dá-me uma resposta,
ilumina-me e faz-me acordar,
abraçar de novo a vida,
que insistentemente se quer de mim afastar...*

*Dá-me uma resposta...
...assim não quero mais continuar...
já me sinto a sufocar...
...deixa-me pelo menos...acreditar!*

*Correndo o risco de ser somente uma ilusão...
correndo o risco de continuar sem saber para onde vou
dá-me uma resposta...
pois... já algo em mim... mudou...*

João Filipe Ferreira, “Dá-me uma resposta” (2012).

APÊNDICE A - Solicitação de autorização para a realização do estudo da coordenadora do projeto: Assistência Multidisciplinar Integrada aos Cuidadores dos Portadores da Doença de Alzheimer

Ilma Sra. Tereza Cristina Blasi

Coordenadora do projeto de extensão: Assistência Multidisciplinar Integral aos Cuidadores dos Portadores da Doença de Alzheimer (AMICA). Pelo presente termo, eu, Silomar Ilha, sob orientação da Prof.^a Dr.^a Silvana Sidney Costa Santos, venho solicitar autorização para o desenvolvimento do Projeto de Tese de Doutorado, junto ao AMICA, mais especificamente com os familiares/cuidadores de pessoas idosas com Alzheimer; com os docentes e com os discentes dos cursos das áreas da saúde e humanas que participam/participaram do referido projeto.

O projeto de pesquisa está intitulado: **Grupo de apoio no contexto da doença de Alzheimer em pessoas idosas/famílias: (geronto)tecnologia cuidativo-educacional complexa.**

O presente projeto tem como objetivo geral: Compreender o grupo AMICA como uma (geronto)tecnologia cuidativo-educacional complexa para familiares/cuidadores, docentes e discentes dos cursos das áreas da saúde e humanas, geradora de novas gerontotecnologias de cuidado à pessoa idosa/família.

Como objetivos específicos: Conhecer a compreensão dos docentes e discentes dos cursos das áreas da saúde e humanas acerca do AMICA como (geronto)tecnologia cuidativo-educacional complexa no contexto da doença de Alzheimer em pessoas idosas; Descrever as contribuições do AMICA como (geronto)tecnologia cuidativo-educacional complexa no contexto da doença de Alzheimer em pessoas idosas, na perspectiva de familiares/cuidadores; Identificar, no AMICA, gerontotecnologias de cuidado complexo à pessoa idosa/família com vistas a auxiliar os familiares/cuidadores no processo de cuidado à pessoa idosa.

Para o cumprimento do estudo será realizada a técnica de Grupo Focal com os docentes e com os discentes dos cursos das áreas da saúde e humanas participantes do projeto e com os familiares cuidadores cadastrados no AMICA. Os resultados serão disponibilizados aos sujeitos investigados. Assim, comprometo-me que, concluído o estudo, eu apresentarei os resultados no grupo.

Assegura-se o compromisso ético de resguardar todos os sujeitos envolvidos na pesquisa, assim como a instituição, conforme o exposto na Resolução 466/2012, do Ministério da Saúde.

Atenciosamente,



Enf. Ddo. Silomar Ilha

Ciente. De acordo.

Data: 28/08/2015



Tereza Cristina Blasi

Coordenadora do Projeto de Extensão AMICA



APÊNDICE B - Solicitação de autorização de utilização de espaço físico para coleta de dados

Ilm.^a Sr.^a Tereza Cristina Blasi

Coordenadora do Projeto de Extensão: Assistência Multidisciplinar Integral aos Cuidadores dos Portadores da Doença de Alzheimer (AMICA).

Pelo presente termo eu, Silomar Ilha, venho solicitar a autorização do uso da sala sede do grupo AMICA para o desenvolvimento de minha pesquisa de Tese de Doutorado.

O projeto de pesquisa está intitulado: **Grupo de apoio no contexto da doença de Alzheimer em pessoas idosas: (geronto)tecnologia cuidativo-educacional complexa.**

Tem como objetivo geral: Compreender o grupo AMICA como uma (geronto)tecnologia cuidativo-educacional complexa para familiares/cuidadores, docentes e discentes dos cursos das áreas da saúde e humanas, geradora de novas gerontotecnologias de cuidado à pessoa idosa/família.

Como objetivos específicos: Conhecer a compreensão dos docentes e discentes dos cursos da área da saúde acerca do AMICA como (geronto)tecnologia cuidativo-educacional complexa no contexto da doença de Alzheimer em pessoas idosas; Descrever as contribuições do AMICA como (geronto)tecnologia cuidativo-educacional complexa no contexto da doença de Alzheimer em pessoas idosas, na perspectiva de familiares/cuidadores; Identificar, no AMICA, gerontotecnologias de cuidado complexo à pessoa idosa/família com vistas a auxiliar os familiares/cuidadores no processo de cuidado à pessoa idosa.

Estima-se um total de 42 participantes, podendo este número ser modificado ao longo do estudo.

Para o cumprimento do estudo serão realizadas as técnicas de Grupo Focal e observação sistemática com os docentes e com os discentes dos cursos das áreas da saúde e humanas que participam do AMICA. Os resultados do estudo serão disponibilizados aos sujeitos investigados, além de todos os profissionais que se interessarem pela temática. Assegura-se o compromisso ético de resguardar todos os sujeitos envolvidos na pesquisa, assim como a instituição, conforme o exposto na Resolução 466/2012, do Ministério da Saúde. A escolha deste espaço deu-se pelo fato de o mesmo possuir uma ampla estrutura física, climatização própria, apresentar ausência de interferência externa e estar afastado de ruídos, e ainda pelo fato de os participantes já possuírem afinidade com local.

Atenciosamente,

Enf. Ddo. Silomar Ilha

Ciente. De acordo.

Santa Maria/RS, 28/08/2015.

Prof.ª Tereza Cristina Blasi

Coordenadora do Projeto de Extensão AMICA

APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido dos docentes e discentes dos cursos da área da saúde

PROJETO: Grupo de apoio no contexto da doença de Alzheimer em pessoas idosas/famílias: (geronto)tecnologia cuidativo-educacional complexa.

Estas informações estão sendo fornecidas para sua participação voluntária neste estudo, que visa:

- ✓ Compreender o grupo AMICA como uma (geronto)tecnologia cuidativo-educacional complexa para familiares/cuidadores, docentes e discentes dos cursos das áreas da saúde e humanas, geradora de novas gerontotecnologias de cuidado à pessoa idosa/família;
- ✓ Conhecer a compreensão dos docentes e discentes dos cursos das áreas da saúde e humanas acerca do AMICA como (geronto)tecnologia cuidativo-educacional complexa no contexto da doença de Alzheimer em pessoas idosas;
- ✓ Descrever as contribuições do AMICA como (geronto)tecnologia cuidativo-educacional complexa no contexto da doença de Alzheimer em pessoas idosas, na perspectiva de familiares/cuidadores;
- ✓ Identificar, no AMICA, gerontotecnologias de cuidado complexo à pessoa idosa/família com vistas a auxiliar os familiares/cuidadores no processo de cuidado à pessoa idosa.

A pesquisa exploratória, descritiva, de abordagem qualitativa, será realizada por meio do Grupo Focal (GF), entrevista semiestruturada e observação participante. Você participará das etapas do GF e da observação participante, que serão desenvolvidas no período de outubro a dezembro de 2015 e em abril de 2016. As reuniões do GF serão gravadas em um gravador de áudio e, posteriormente, digitadas (transcritas) e guardadas em *compactdisc* (CD) por 5 anos, sob a responsabilidade do pesquisador principal. As reuniões do GF serão agendadas previamente, conforme a sua disponibilidade. Os dados somente serão coletados após a sua anuência e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A sua participação na pesquisa será por meio do GF e não representará, a princípio, nenhum risco às dimensões física, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual, em qualquer fase da pesquisa. Os riscos serão os mínimos possíveis, porém, alguns sentimentos poderão ser mobilizados em você, pelo fato de que será realizada uma conversa em grupo que poderá proporcionar-lhe reflexões sobre o seu cotidiano de trabalho no grupo com os familiares/cuidadores. Caso isso ocorra, você poderá contar com o Serviço de Psicologia da IES, o qual já apoia o AMICA. Se for necessário, ainda, você será acompanhado pelo pesquisador principal ao serviço de saúde existente próximo de sua residência e todas as despesas referentes ao atendimento serão custeadas pelo pesquisador.

Esta pesquisa poderá lhe trazer benefício direto, pela possibilidade de você ser autor e ator ativo em todo o processo. Pela possibilidade de refletir sobre o grupo na perspectiva de uma (geronto)tecnologia cuidativo-educacional e (re)avaliar questões e ações implícitas à sua atuação como docente/discente dos cursos da área da saúde. Possibilitará, ainda, (re)construir, no coletivo, cuidados complexos a pessoas idosas com DA e seus familiares por meio das gerontotecnologias. Dessa forma, você poderá rever conceitos e repensar novas estratégias e, portanto, novas formas de cuidado. Além do mais, a socialização (divulgação/publicação) dos resultados da presente pesquisa poderá auxiliar outras pessoas e famílias que estejam/venham a vivenciar uma situação semelhante à dos familiares/cuidadores participantes do AMICA.

Você tem liberdade/direito de participar ou não da pesquisa, sem ser penalizado por isso; a garantia de ter suas dúvidas esclarecidas antes, durante e após o desenvolvimento deste estudo; a segurança de ter privacidade individual, sigilo e anonimato quanto aos dados coletados, assegurando que os dados serão usados exclusivamente para a concretização desta pesquisa; a garantia de retorno dos resultados obtidos em todas as etapas do estudo, assegurando condições de acompanhar esses processos; e também a garantia de que serão sustentados os preceitos éticos e legais, conforme a Resolução 466/2012 da CONEP/MS (Comissão Nacional de Ética em Pesquisa/Ministério da Saúde) sobre Pesquisa Envolvendo Seres Humanos.

Em caso de dúvida sobre o estudo, você poderá contatar o Enf. Doutorando Silomar Ilha, Telefones: (55)97355245 ou (53)84686485 e a orientadora do estudo, Prof.^a Dr.^a Silvana Sidney Costa Santos, Telefones: (48)98491325 ou (48)33751047. Compreendo que não há despesas pessoais para você, em qualquer fase do estudo. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação. Se existir qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa.

Acredito ter sido suficientemente informado(a) a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo: **Grupo de apoio no contexto da doença de Alzheimer em pessoas idosas/famílias: (geronto)tecnologia cuidativo-educacional complexa.** Eu discuti com o Doutorando Silomar Ilha sobre a minha decisão em participar neste estudo. Ficaram claros para mim os objetivos da pesquisa, o método de coleta de dados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou na minha atividade como docente ou discente no Centro Universitário Franciscano.

Data: / /

Assinatura do participante do estudo: _____

Assinatura do responsável pelo estudo: _____

E-mail para contato: silo_sm@hotmail.com

Assinatura da orientadora do estudo: _____

E-mail: silvana.sidney@gmail.com



APÊNDICE D - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido dos familiares/cuidadores de pessoas idosas com a doença de Alzheimer

PROJETO: Grupo de apoio no contexto da doença de Alzheimer em pessoas idosas/famílias: (geronto)tecnologia cuidativo-educacional complexa.

Pesquisador responsável: Silomar Ilha – Enfermeiro, Mestre em Enfermagem. Doutorando em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGEnf) da Universidade Federal do Rio Grande (FURG).

Orientadora: Dr^a. Silvana Sidney Costa Santos - Enfermeira, Professora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGEnf) da Universidade Federal do Rio Grande (FURG).

Objetivo Geral: Compreender o grupo AMICA como uma (geronto)tecnologia cuidativo-educacional complexa para familiares/cuidadores, docentes e discentes dos cursos das áreas da saúde e humanas, geradora de novas gerontotecnologias de cuidado à pessoa idosa/família.

Objetivos Específicos: (1) Conhecer a compreensão dos docentes e discentes dos cursos das áreas da saúde e humanas acerca do AMICA como (geronto)tecnologia cuidativo-educacional complexa no contexto da doença de Alzheimer em pessoas idosas; (2) Descrever as contribuições do AMICA como (geronto)tecnologia cuidativo-educacional complexa no contexto da doença de Alzheimer em pessoas idosas, na perspectiva de familiares/cuidadores; (3) Identificar, no AMICA, gerontotecnologias de cuidado complexo à pessoa idosa/família com vistas a auxiliar os familiares/cuidadores no processo de cuidado à pessoa idosa.

Procedimentos: Para participar nesta pesquisa você está sendo convidado a responder algumas perguntas que buscam informações para os objetivos específicos. A realização desta entrevista será na sua residência ou outro local, escolhido de acordo com seu bem-estar e sem prejuízo de suas atividades de trabalho, estudo ou familiares.

Direitos assegurados: As informações fornecidas por você serão tratadas confidencialmente pelo pesquisador e pela sua orientadora. Todas as informações serão anônimas e as partes relativas à sua participação serão destruídas caso você venha a suspender seu consentimento. Uma identificação codificada (Ex: F1, F2,F3...) substituirá seu nome e de sua família para garantir o anonimato e a confidencialidade das informações.

Benefícios: Esta pesquisa poderá lhe trazer benefício direto, pela possibilidade de ser autor e ator ativo em todo o processo. Pela possibilidade de refletir sobre grupo na perspectiva de uma (geronto)tecnologia cuidativo-educacional e (re)avaliar questões e ações implícitas à sua atuação como familiar/cuidador. Dessa forma, você poderá rever conceitos e repensar novas estratégias e, portanto, novas formas de cuidado. Além do mais, a socialização

(divulgação/publicação) dos resultados da presente pesquisa poderá auxiliar outras pessoas e famílias que estejam/venham a vivenciar uma situação semelhante à sua.

Riscos: Sua participação nesta pesquisa será por meio da entrevista semiestruturada e observação participante e poderá acarretar-lhe um risco mínimo. Um certo desconforto pode surgir, pelo fato de que será realizada uma conversa e você poderá refletir sobre o seu cotidiano e alguns episódios relacionados à sua vivência como familiar/ cuidador. Caso isso ocorra, você poderá contar com o Serviço de Psicologia da IES, o qual já apoia o AMICA. Se for necessário, ainda, você será acompanhado(a) pelo pesquisador principal ao serviço de saúde existente próximo de sua residência e todas as despesas referentes ao atendimento serão custeadas pelo pesquisador.

Participação voluntária: A sua participação nesta pesquisa é voluntária e você é livre para aceitá-la ou recusar-se. Por favor, certifique-se de que todas as suas dúvidas ou questionamentos relativos a esta pesquisa foram respondidos e que lhe foi garantido o tempo necessário para tomar sua decisão.

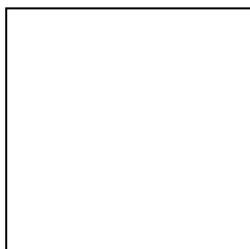
Pessoas para contato: Para informações relativas a esta pesquisa você pode entrar em contato com o Enf. Doutorando Silomar Ilha, Telefones: (55)97355245 ou (53)84686485 e a orientadora do estudo Prof.^a Dr.^a Silvana Sidney Costa Santos pelo telefones (48)98491325 ou (48)33751047.

Eu, _____, aceito livremente participar desta pesquisa. Confirmando que a justificativa, os objetivos e os procedimentos relativos à minha participação foram explicados verbalmente e eu os compreendi. Confirmando, também, que foram respondidas todas as minhas dúvidas e me foi dado o tempo necessário para tomar a decisão de participar deste estudo. Sendo assim, atesto que li todas as informações explicitadas acima e escolhi voluntariamente participar deste estudo. Uma cópia deste formulário de consentimento ficou sob minha guarda.

Data: / /

Assinatura do participante do estudo: _____

Ou impressão digital:



Assinatura do responsável pelo estudo: _____

E-mail: silo_sm@hotmail.com

Assinatura da orientadora do estudo: _____

E-mail: silvana.sidney@gmail.com

APÊNDICE E - Instrumento de coleta de dados com os familiares/cuidadores da pessoa idosa com doença de Alzheimer

Pseudônimo:

Sexo: () F () M

Idade:

Grau de parentesco com a pessoa idosa:

Tempo de atuação como cuidador da pessoa idosa:

Reside com a pessoa idosa? () sim () não

Você é o familiar/cuidador principal da pessoa idosa com DA? () sim () não

Alterna o cuidado da pessoa idosa com outra(s) pessoa(s)? () sim () não. Com quem?

Tempo de participação no grupo AMICA:

-
- 1) Como é para você, cuidar de uma pessoa idosa com a DA?
 - 2) Você vivencia/já vivenciou alguma(s) dificuldade(s) no convívio/cuidado da pessoa idosa com DA? Sim () Não (). Qual(Quais)?
 - 3) Você considera que existam potencialidade(s)/facilidade(s) no processo de cuidado e no convívio com a pessoa com DA? Sim () Não (). Qual(Quais)?
 - 4) Qual é o significado do grupo AMICA para você?
 - 5) Você já realizou alguma adaptação, estratégia e ou criou algo para facilitar o processo de cuidado à pessoa idosa com DA e família?

ANEXO A – Aprovação do Comitê de Ética FURG



CEPAS / FURG
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA NA ÁREA DA SAÚDE
 Universidade Federal do Rio Grande - FURG
www.cepas.furg.br

PARECER Nº 157/2015

CEPAS 80/2015

CAAE: 48877315.2.0000.5324

Não possui número de processo

Título da Pesquisa: GRUPO DE APOIO NO CONTEXTO DA DOENÇA DE ALZHEIMER: (GERONTO)TECNOLOGIA CUIDATIVO-EDUCACIONAL COMPLEXA

Pesquisador Responsável: Silomar Ilha

PARECER DO CEPAS:

O Comitê, considerando tratar-se de um trabalho relevante, o que justifica seu desenvolvimento, bem como o atendimento à pendência informada no parecer 134/2015, emitiu o parecer de **APROVADO** para o projeto **“GRUPO DE APOIO NO CONTEXTO DA DOENÇA DE ALZHEIMER: (GERONTO)TECNOLOGIA CUIDATIVO-EDUCACIONAL COMPLEXA”**.

Está em vigor, desde 15 de novembro de 2010, a Deliberação da CONEP que compromete o pesquisador responsável, após a aprovação do projeto, a obter a autorização da instituição coparticipante e anexá-la ao protocolo do projeto no CEPAS. Pelo exposto, o pesquisador responsável deverá verificar se seu projeto está obedecendo a referida deliberação da CONEP.

Segundo normas da CONEP, deve ser enviado relatório **semestral** de acompanhamento ao Comitê de Ética em Pesquisa, conforme modelo disponível na página <http://www.cepas.furg.br>.

Data de envio do **relatório final:** 31/07/2016.

Rio Grande, RS, 09 de outubro de 2015.

Eli Sinnott Silva

Profª. Eli Sinnott Silva

Coordenadora do CEPAS/FURG