



UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO SEMIÁRIDO
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO INTERDISCIPLINAR EM COGNIÇÃO,
TECNOLOGIAS E INSTITUIÇÕES - PPGCTI
MESTRADO EM COGNIÇÃO, TECNOLOGIA E INSTITUIÇÕES

ULISSEA DE OLIVEIRA DUARTE

DESENVOLVIMENTO E VALIDAÇÃO DE TECNOLOGIA EDUCATIVA LEVE-DURA,
SOB O FORMATO DE APLICATIVO MULTIMÍDIA PARA PLATAFORMA MÓVEL,
PARA FAVORECIMENTO A GARANTIA DO DEVER DE CUIDADO COM IDOSO NO
MUNICÍPIO DE MOSSORÓ-RN

MOSSORÓ-RN

2018

ULISSEA DE OLIVEIRA DUARTE

DESENVOLVIMENTO E VALIDAÇÃO DE TECNOLOGIA EDUCATIVA LEVE-DURA,
SOB O FORMATO DE APLICATIVO MULTIMÍDIA PARA PLATAFORMA MÓVEL,
PARA FAVORECIMENTO A GARANTIA DO DEVER DE CUIDADO COM IDOSO NO
MUNICÍPIO DE MOSSORÓ-RN

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação Interdisciplinar em Cognição, Tecnologias e Instituições da Universidade Federal Rural do Semiárido, como requisito para obtenção do título de Mestrado em Cognição, Tecnologia e Instituições.

Linha de Pesquisa: Desenvolvimento e Integração de Tecnologia na Sociedade.

Orientadora: Profa. Dr.^a Raimunda Hermelinda Maia Macena.

MOSSORÓ – RN

2018

© Todos os direitos estão reservados a Universidade Federal Rural do Semi-Árido. O conteúdo desta obra é de inteira responsabilidade do (a) autor (a), sendo o mesmo, passível de sanções administrativas ou penais, caso sejam infringidas as leis que regulamentam a Propriedade Intelectual, respectivamente, Patentes: Lei nº 9.279/1996 e Direitos Autorais: Lei nº 9.610/1998. O conteúdo desta obra tornar-se-á de domínio público após a data de defesa e homologação da sua respectiva ata. A mesma poderá servir de base literária para novas pesquisas, desde que a obra e seu (a) respectivo (a) autor (a) sejam devidamente citados e mencionados os seus créditos bibliográficos.

D812d Duarte, Ulisséa de Oliveira Duarte.

Desenvolvimento e validação de tecnologia educativa leve-dura, sob o formato de aplicativo multimídia para plataforma móvel, para favorecimento a garantia do dever de cuidado com idoso no município de Mossoró-RN / Ulisséa de Oliveira Duarte Duarte. - 2018.

118 f. : il.

Orientadora: Raimunda Hermelinda Maia Macena.
Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal Rural do Semi-árido, Programa de Pós-graduação em Cognição, Tecnologias e Instituições, 2018.

1. Idoso. 2. Dever de cuidado. 3. Tecnologia leve-dura. I. Maia Macena, Raimunda Hermelinda, orient. II. Título.

ULISSEA DE OLIVEIRA DUARTE

DESENVOLVIMENTO E VALIDAÇÃO DE TECNOLOGIA EDUCATIVA LEVE-DURA,
SOB O FORMATO DE APLICATIVO MULTIMÍDIA PARA PLATAFORMA MÓVEL,
PARA FAVORECIMENTO A GARANTIA DO DEVER DE CUIDADO COM IDOSO NO
MUNICÍPIO DE MOSSORÓ-RN

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação Interdisciplinar em Cognição, Tecnologias e Instituições da Universidade Federal Rural do Semiárido, como requisito para obtenção do título de Mestrado em Cognição, Tecnologia e Instituições.

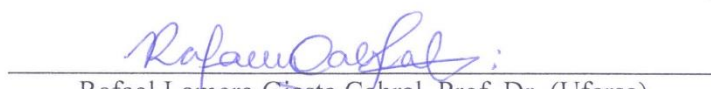
Linha de Pesquisa: Desenvolvimento e Integração de Tecnologia na Sociedade.

Defendida em: 18 / 06 / 2018.

BANCA EXAMINADORA


Raimunda Hermelinda Maia Macena, Prof. Dra. (UFC)
Orientadora


Remerson Russel Martins, Prof. Dr. (Ufersa)
Membro Examinador


Rafael Lamera Giesta Cabral, Prof. Dr. (Ufersa)
Membro Examinador

AGRADECIMENTOS

Ao fim desta dissertação de mestrado, não poderia chegar a bom porto sem o incalculável apoio de várias pessoas, a quem eu não poderia deixar de agradecer.

Primeiramente, agradeço a Deus, que permitiu que mais um sonho pudesse se materializar em minha vida, e que, além disso, concedeu-me vida, saúde e sabedoria para concluir esta pesquisa. Gratidão, Deus!

Agradeço ao meu pai (*in memoriam*), por ter investido na minha educação. Sem você, meu querido pai, nada disso seria possível.

À minha mãe, que sempre acompanha, apoia e incentiva os meus estudos desde a minha infância. Sem você, mãe, não teria chegado até aqui.

Aos meus irmãos, em especial a minha irmã Lígia, pelo apoio incondicional.

Igualmente agradeço a todos os meus colegas do Mestrado Interdisciplinar em Cognição, Tecnologias e Instituições (PPGCTI), especialmente a Higo Lima e a Leonardo Magela, cujo apoio e amizade estiveram presentes nesses dois anos de mestrado.

E, finalmente, a minha orientadora e amiga Hermelinda Macena, por toda paciência, empenho e sentido prático com que sempre me orientou. Os seus ensinamentos estão em cada linha deste trabalho. Muito obrigada por me ter corrigido quando necessário sem nunca me desmotivar. Gratidão hoje e sempre.

RESUMO

Há preocupação com envelhecimento ativo em face da senilidade da população, em especial na garantia de um processo digno de envelhecimento e com acesso aos direitos assegurados nos instrumentos legais nacionais. Este estudo visou desenvolver e validar uma tecnologia leve-dura, sob o formato de um aplicativo multimídia em plataforma móvel, tendo por escopo conceitos e trâmites relativos à garantia do dever de cuidado com idoso. Foi realizada uma pesquisa tecnológica, descritiva, longitudinal na modalidade de desenvolvimento de produção tecnológica, qualitativo-quantitativa no período de junho de 2017 a março de 2018, desenvolvida em fases. Fase 1 - diagnóstico situacional - realizado levantamento a partir da BVS e Science Direct guiado pela questão: *Quais as informações disponíveis sobre garantia do dever de cuidado do idoso?* Foram incluídos estudos em português, inglês ou espanhol, disponibilizado acesso completo e realizada entrevista semiestruturada com todos os profissionais do judiciário da comarca de Mossoró/RN e com profissionais de saúde e assistência social atuantes na rede municipal de Mossoró/RN, selecionados através de amostragem não probabilística, intencional, através de indicação pela Coordenação da Atenção Básica do município. Os dados foram analisados através da análise de conteúdo de Bardin. Fase 2 - desenvolvimento de protótipo (elaboração das ilustrações, layout, design e textos) e Fase 3 - validação (aparente e de conteúdo) através de *experts* (juristas, profissionais da saúde e de comunicação) que analisaram organização, estilo da escrita, aparência e motivação para uso da tecnologia através da técnica Delphi usando escala de Likert. Os dados foram analisados através do teste Wilcoxon e análise do índice através Kappa. Os resultados da fase 1 revelaram escassez de estudos na área com apenas 02 estudos na BVS e 08 na Science Direct. A entrevista de profissionais revelou tres pontos chaves: dever de cuidado do idoso (*regulamentação atenção à saúde*); violação do dever de cuidado (*responsabilidade da família e omissão do estado*) e ação existente para garantia do cumprimento do dever de cuidado do idoso (*ausência de ação específica para com o idoso*). Na fase 2 foi criado o app denominado GruDaDO - *Garantia de direitos do idoso*, que foi desenvolvido através do site Fabapp (<https://fabricadeaplicativos.com.br/>, contendo 5 abas (dever de cuidado com idosos, direitos do idoso, violência no ambiente familiar, efetivação da garantia do dever de cuidado e vamos dialogar?). Na fase 3, os avaliadores julgaram o conteúdo/relevância (média= 3,3 ±1,7), adequação conceitual (média = 3,7 ± 1,2), apresentação das informações (média= 4 ±0,0), clareza e linguagem (média = 4,1 ± 0,3), compreensão dos textos (média 4,2 ± 0,5), objetividade (média = 4,2 ± 0,5), aparência/nitidez (média = 4,1 ± 0,4), ilustrações (média = 4,2 ± 0,5), imagem e composição visual (média m = 3,5 ± 1,3) boas. Não foi observada diferença estatisticamente significativa entre as áreas de formação dos juízes e os critérios avaliados (p>0.05). Portanto, depreende-se que os recursos multimídias são instrumentos diferenciados para promoção do saber nas mais diversas áreas, o que possibilita a propagação das garantias do idoso, a qual proporcionará maior efetividade ao dever de cuidado ao idoso.

Descritores: IDOSO. DIREITO DEVER DE CUIDADO. TECNOLOGIA LEVE-DURA.

ABSTRACT

There is concern about active aging in the face of the senility of the population, especially in guaranteeing dignified aging and access to the rights enshrined in national legal instruments. This study aimed to develop and validate a light-hard technology, in the format of a multimedia application in mobile platform, having as scope concepts and procedures related to guaranteeing the duty to care for the elderly. A technological, descriptive, longitudinal research was carried out in the modality of development of technological, qualitative-quantitative production from June 2017 to March 2018. Phases were developed. Phase 1 - situational diagnosis - conducted survey from the VHL and Science Direct guided by the question: What information is available on guarantee of the duty of care of the elderly? Portuguese, English or Spanish studies were included, complete access was available and a semi-structured interview was carried out with all professionals from the courts of Mossoró / RN and with health and social care professionals working in the municipal network of Mossoró / RN selected through of non-probabilistic, intentional sampling, through indication by the Coordination of Basic Attention of the municipality. The data were analyzed through the Bardin content analysis. Phase 2 - development of prototypes (drafting of illustrations, layout, design and texts) and Phase 3 - validation (apparent and content) through experts (lawyers, health professionals and communication) who analyzed organization, writing style, appearance and motivation to use technology through the Delphi technique using Likert scale. Data were analyzed using the Yates corrected chi-square and Kappa index. The results of phase 1 revealed a shortage of studies in the area with only 02 studies in the VHL and 08 in Science Direct. The interview of professionals revealed three key points: duty of care of the elderly (regulation health care); violation of the duty of care (family responsibility and omission of the state) and existing action to guarantee compliance with the duty of care of the elderly (absence of specific action with the elderly). In phase 2 was created the app called GruDaDO - Guarantee of rights of the elderly was developed through the website Fabapp (<https://fabricadeaplicativos.com.br/>, containing 5 tabs (duty to care for the elderly, rights of the elderly, violence in the environment In phase 3, the evaluators judged the content / relevance (mean = 3.3 ± 1.7), conceptual adequacy (mean = 3.7 ± 1.2 (mean = 4 ± 0.0), clarity and language (mean = 4.1 ± 0.3), comprehension of texts (mean 4.2 ± 0.5), objectivity (mean = 4, (Mean = 4.1 ± 0.4), illustrations (mean = 4.2 ± 0.5), image and visual composition (mean m = 3.5 ± 1.3) ($p > 0.05$), and that the use of multimedia resources is a differentiated tool for the promotion of the knowledge in several areas, which enables the propagation of old guarantees, which provide greater effectiveness to the right duty of care to the elderly.

Keywords: ELDERLY. RIGHT DUTY OF CARE. LIGHT-HARD TECHNOLOGY.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Posição geográfica do Rio Grande do Norte.	44
Figura 2 - Etapas do estudo.	45
Figura 3 - Unidades Básicas de Saúde que possuem equipes do Estratégia Saúde da Família (ESF) completas no município de Mossoró-RN.....	49
Figura 4 – Classificação de Kappa.	55
Figura 5 - Levantamento em bases virtuais BVS e Science Direct. Mossoró/RN, 2018.	58
Figura 6 – Estudos incluídos na amostra. Mossoró/RN, 2018.	58
Figura 7 – Objeto de estudo e achados sobre a garantia do dever do cuidado nos estudos incluídos na amostra. Mossoró/RN, 2018.	60
Figura 8 – Estratégias coletivas para ampliar e/ou favorecer a garantia do dever do cuidado e estratégias de pesquisa e formação de pessoal nos estudos incluídos na amostra. Mossoró/RN, 2018.	62
Figura 9 – Estratégias saúde e assistência social propostas para a garantia do dever dos cuidados nos estudos incluídos na amostra. Mossoró/RN, 2018.....	63
Figura 10 - Fluxograma de denúncias junto ao Ministério Público.	81
Figura 11 - Print das telas do app antes da avaliação dos juízes experts. Mossoró/RN, 2018.	83
Figura 12 - Print das telas do app depois da avaliação dos juízes experts. Mossoró/RN, 2018.	91

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Experiências com o uso de tecnologias no cuidado e na educação permanente.	41
Quadro 2 - Percepções sobre do dever de cuidado com idoso, violação do dever do cuidado e ações para sua garantia.	67
Quadro 3 - Ações existentes e potenciais para garantia do cumprimento do dever do cuidado do idoso no município de Mossoró/RN.	71
Quadro 4 - Abas do aplicativo multimídia em plataforma móvel para garantia do dever do cuidado com idoso.	75

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Descrição dos entrevistados. Mossoró/RN, 2018.....	66
Tabela 2 - Descrição dos profissionais que avaliaram o app. Mossoró/RN, 2018.	85
Tabela 3 - Avaliação dos critérios do aplicativo. Mossoró/RN, 2018.....	87
Tabela 4 - Avaliação dos critérios do app. Mossoró/RN, 2018.....	87
Tabela 5 - Avaliação dos critérios do app considerando ao conteúdo e relevância. Mossoró/RN, 2018.	89

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APP	Aplicativo
BCP	Benefício de Prestação Continuada
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CC	Código Civil
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
CF	Constituição Federal
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde
CRP	Constituição da República Portuguesa
DIC	Design Instrucional Contextualizado
DIS	Design Instrucional Sistemático
ESF	Estratégia Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IEC	Informação, Educação e Comunicação
LOAS	Lei Orgânica da Assistência Social
NOB	Normas Operacionais Básicas
MPAS	Ministério da Previdência e Assistência Social
PAIE	Plano de Ação Internacional para o Envelhecimento
PNAS	Política Nacional de Assistência Social
PNI	Política Nacional do Idoso
PNSPI	Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
PSF	Programa Saúde da Família
SINPAS	Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
TIC	Tecnologias de informação e comunicação
UERN	Universidade Estadual do Rio Grande do Norte
UFC	Universidade da Universidade Federal do Ceará
UBS	Unidades Básicas de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
2	ENVELHECIMENTO: ASPECTOS BIOPSIKOSSOCIAIS	19
2.1	Conceitos importantes sobre envelhecimento	20
3	PROTEÇÃO JURÍDICA E SOCIAL AO IDOSO	23
3.1	Marcos legais internacionais na garantia de direitos do idoso	23
3.2	As garantias constitucionais e os direitos ao idoso no Brasil	26
3.2.1	Dever de cuidado: Estatuto do Idoso e Código Civil	28
3.2.1.1	Descumprimento do dever de cuidado: uma forma de violência e ilícito civil	30
3.3	Assistência social e a garantia de direitos ao idoso	32
3.4	A garantia de direitos ao idoso na saúde e redes de apoio	34
4	AS TECNOLOGIAS DO CUIDADO	37
4.1	Experiências de tecnologias do cuidado e da educação permanente em saúde.....	39
5	OBJETIVOS	43
5.1	Objetivo geral	43
5.2	Objetivos específicos	43
6	PERCURSO METODOLÓGICO.....	44
6.1	Cenário da pesquisa	44
6.2	Etapas.....	44
6.2.1	Etapa 01 - Diagnóstico situacional dos conhecimentos e as ações sobre garantia do dever de cuidado com idoso	45
6.2.1.1	Revisão integrativa	46
6.2.1.1.1	Etapas.....	46
6.2.1.2	Entrevista semiestruturada.....	47
6.2.1.2.1	Coleta de dados.....	49
6.2.1.2.2	Análise de dados	50
6.2.2	Etapa 02 - Desenvolvimento de protótipo da tecnologia educativa leve-dura, sob o formato de aplicativo multimídia para plataforma móvel, para favorecimento a garantia do dever de cuidado com idoso	51
6.2.2.1	Processo de criação.....	52

6.2.3	Etapa 03: Validação da tecnologia educativa leve-dura, sob o formato de aplicativo multimídia para plataforma móvel para favorecimento a garantia do dever de cuidado com idoso.....	53
6.2.3.1	Seleção dos <i>experts</i>	53
6.2.3.2	Coleta de dados.....	53
6.2.3.3	Análise de dados.....	55
6.3	Aspectos éticos	55
7	RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	57
7.1	Idoso e o dever do cuidado: uma revisão integrativa	57
7.2	Percepções dos profissionais das diferentes áreas de atenção ao idoso sobre a garantia do dever de cuidado para com o idoso	65
7.2.1	Percepções sobre do dever de cuidado, violação do dever de cuidado e ações para o cumprimento do dever de cuidado.....	66
7.2.2	Ações existentes para a garantia do dever de cuidado para com o idoso e as ações potenciais.....	71
7.3	Desenvolvimento de protótipo do aplicativo multimídia em plataforma móvel.....	74
7.3.1	Denominação, objetivos e componentes do aplicativo multimídia em plataforma móvel.....	74
7.3.2	Design do aplicativo multimídia em plataforma móvel	76
7.4	Técnica Delphi para avaliação do protótipo do aplicativo multimídia em plataforma móvel.....	84
7.4.1	Os experts	84
7.4.2	Avaliação do conteúdo, adequação e relevância	86
7.5	Versão final do protótipo do aplicativo multimídia em plataforma móvel	91
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	96
	REFERÊNCIAS.....	97
	APÊNDICE A - Roteiro de entrevista semiestruturada	110
	APÊNDICE B - Termo De Consentimento Livre e Esclarecido dos experts.....	111
	APÊNDICE C - Perfil dos experts	112
	APÊNDICE D - Rubrica de avaliação/validação do app por experts.....	113
	ANEXO I - Unidades Básicas de Saúde do município de Mossoró/RN registradas no CNES.....	114

<u>ANEXO II - Termo Consentimento Livre e Esclarecido</u>	116
<u>ANEXO IV - Parecer CEP</u>	119
<u>ANEXO V - Comprovante de submissão do artigo</u>	120

1 INTRODUÇÃO

O Brasil vivencia um processo de transição demográfica com envelhecimento populacional, incremento das condições crônicas de adoecimento, aliada à convivência de doenças infecciosas e causas externas, gerando índices sociais e demográficos de países desenvolvidos, embora com sistemas e instituições herdadas de outro contexto sócio-político (VERAS, 2007; VERAS, 2012; FECHINE e TROMPIERI, 2015; RAMOS, 2015).

O envelhecimento humano pode ser compreendido como um processo universal, dinâmico e irreversível, influenciado por fatores biológicos, sociais, psicológicos e ambientais (DANTAS e DE SOUZA, 2011; VERAS, 2012). A proporção de idosos está crescendo mais rapidamente do que qualquer outra faixa etária no Brasil e mundo. Estima-se que o crescimento até 2025 seja de 1,2 bilhões de pessoas idosas no mundo (RAMOS, 2015; FABRÍCIO e RODRIGUES, 2016).

Com isso, os princípios internacionais, decorrentes de tratados internacionais possibilitam que o indivíduo exija do Estado a efetivação dos direitos básicos para sobrevivência, em especial da pessoa idosa (FEDERAL, 1988; SANTIN e BOROWSKI, 2008; VERAS, 2012). A promulgação da Constituição Federal Brasileira de 1988 (CF) deu início a uma nova fase social, a qual a garantia dos direitos do cidadão passa a ser o foco de concentração (SANTIN e BOROWSKI, 2008). Assim, o arcabouço jurídico brasileiro prevê a garantia de direitos e princípios vinculados à dignidade da pessoa humana que estão os relacionados aos direitos à igualdade, à vida, à saúde, bem como direitos sociais que abrangem a educação, a saúde, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, dentre outros (FEDERAL, 1988).

Apesar das projeções mais conservadoras indicarem que, em 2020, o Brasil será o sexto país do mundo em número de idosos, com um contingente superior a 30 milhões de pessoas (VERAS, 2009; RAMOS, 2015), ainda há desconhecimento e desrespeito aos direitos dos cidadãos da terceira idade, bem como precariedade de políticas e investimentos públicos para resolução das demandas específicas deste segmento populacional (VERAS, 2007; SANTIN e BOROWSKI, 2008; VERAS, 2009; FONSECA *et al.*, 2012).

Historicamente, o envelhecimento era enfatizado como um fenômeno referente ao processo físico e restrito à esfera familiar. Sucede que o aumento quantitativo deste grupo, consoante afirmado em linhas pretéritas, torna o envelhecimento uma questão social, sendo, atualmente, um dos principais desafios políticos, visto que é indispensável definir novos

espaços nas diversas estruturas sociais para as pessoas idosas e reforça a responsabilidade do Estado, da sociedade e dos profissionais inseridos na rede do idoso (VIEGAS e DE BARROS; FONTE, 2002; DE ALMEIDA *et al E.*, 2011; LINCK e CROSSETTI, 2011; DE OLIVEIRA FERNANDES e SOARES, 2012; LOURENÇO *et al.*, 2012; WILLIG *et al.*, 2012; ZEGERS, 2012; PERLINGEIRO, 2014).

As instigações para a conquista da autonomia e responsabilização dos profissionais de saúde e da assistência social para com os idosos se faz premente na concretização dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), demandando um esforço constante para a aprendizagem-trabalho também denominada educação permanente (GERLACK *et al.*, 2010; DE OLIVEIRA FERNANDES e SOARES, 2012; VERAS, 2012; WILLIG *et al.*, 2012; MICCAS e DA SILVA BATISTA, 2014).

Neste sentido, educação permanente para o cuidado ao idoso requer trabalho multiprofissional além de uma ação integrada alicerçada em um modelo interdisciplinar entre profissionais da área da Saúde, Direito, Assistência Social e das entidades voltadas para defesa dos direitos e proteção dos idosos (SANTOS, 2010; DE OLIVEIRA FERNANDES e SOARES, 2012; WILLIG *et al.*, 2012; MICCAS e DA SILVA BATISTA, 2014). Assim sendo, educação permanente para o cuidado do idoso deverá considerar o diálogo com os conhecimentos e as experiências prévias para incorporação de novos saberes, resultado do aprender significativamente (PAVARINI *et al.*, 2005; SANTIN e BOROWSKI, 2008; SANTOS, 2010; DIAS *et al.*, 2011; LOURENÇO *et al.*, 2012; VERAS, 2012; WILLIG *et al.*, 2012).

Entretanto, os tempos livres dos profissionais para o desenvolvimento de educação permanente se tornam cada vez mais escassos (TRONCHIN *et al.*, 2009; MICCAS e DA SILVA BATISTA, 2014). Assim, tendo em vista que a mundialização proporciona incontestáveis e múltiplas fontes de informações, em especial através da tecnologia, visto que o desenvolvimento permitiu ao ser humano ampliar a rede de comunicação e informação entre cada um e todos (BAGGIO *et al.*, 2010). Neste sentido, muito vem sendo estudado sobre o uso das tecnologias educação permanente, em especial na saúde (DA SILVA *et al.*, 2008; LOPES *et al.*, 2008; BAGGIO *et al.*, 2010; GALVÃO e PÜSCHEL, 2012; SOUZA *et al.*, 2013; ZIMMER *et al.*, 2013; PEREIRA *et al.*, 2016; SILVA *et al.*, 2016; DE SOUSA *et al.*, 2017; SANTANA *et al.*, 2017).

A tecnologia, como expressão do avanço da ciência, acompanha a evolução histórica da humanidade mostrando-se a cada dia mais fascinante e abrangente. Atualmente, a tecnologia não produz apenas produtos, mas também processos, a tecnologia física (pesada) apoia-se nas

ciências naturais e a tecnologia não física (leve) nas ciências comportamentais (KOERICH *et al.*, 2006). Dentre as tecnologias do cuidado destacam-se tecnologias leves¹ e leves-dura². Essas tecnologias possibilitam o encontro dos profissionais e usuários, determinando a intersecção partilhada (BAGGIO *et al.*, 2010).

As tecnologias, quando adequadas e inteligentemente utilizadas e administradas, poderão beneficiar a prática do cuidado ao ser humano em múltiplas esferas. Acredita-se, nesse sentido, que a enfermagem, o direito e demais áreas do saber devem incorporar a tecnologia para atender às necessidades da profissão e preencher lacunas existentes tanto na informação quanto na profissão (BAGGIO *et al.*, 2010).

Deste modo e reconhecendo que cabe à família, ao Estado e à sociedade o dever de amparar o idoso, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhes o direito à vida (FEDERAL, 1988), surge um imenso desafio à sociedade brasileira no que se refere à efetivação dos direitos dos idosos, em específico ao dever de cuidado (VIEGAS e DE BARROS; SANTIN e BOROWSKI, 2008; MENEZES *et al.*, 2011; DE OLIVEIRA FERNANDES e SOARES, 2012; RAMOS, 2015). Entretanto, ainda são escassos os estudos e as estratégias de educação permanente nesta temática.

Assim se fazem necessários estudos e o desenvolvimento de tecnologias que contemplem os aspectos metodológicos do desenvolvimento de objetos de aprendizagem que abrangem esforços educacionais, tecnológicos e científicos no propósito de selecionar as ferramentas e os referenciais teóricos e metodológicos que subsidiem os profissionais no desenvolvimento de ações que garantam o dever do cuidado para com o idoso (VIEGAS e DE BARROS; PAVARINI *et al.*, 2005; SANTIN e BOROWSKI, 2008; GERLACK *et al.*, 2010; DE OLIVEIRA FERNANDES e SOARES, 2012; VERAS, 2012; WILLIG *et al.*, 2012; DA COSTA e LUZ, 2015). Compreendendo que ainda são insuficientes os estudos nessa temática e que ainda são frágeis os laços de interlocução entre o direito, a saúde e assistência social para a garantia do dever de cuidado do idoso, indagamos: *Como os profissionais do direito, da saúde e da assistência social podem contribuir no processo de desenvolvimento e validação de uma tecnologia educativa leve-dura sob o formato de um aplicativo multimídia em plataforma móvel para ampliação da garantia do dever de cuidado com idoso?*

Neste sentido, este estudo visa desenvolver um aplicativo multimídia em plataforma móvel para ampliação da garantia do dever de cuidado com idoso direcionado a diversos

¹ Como o acolhimento, a formação do vínculo, a autonomização e a gestão compartilhada de processos de trabalho como orientadoras das práticas cotidianas.

² Representadas pelo manuseio de equipamentos e saberes tecnológicos para seu funcionamento.

agentes sociais - incluindo juízes, promotores de justiça, defensores públicos, profissionais da saúde e profissionais da assistência social que trabalham diretamente com idosos no município de Mossoró-RN.

2 ENVELHECIMENTO: ASPECTOS BIOPSIKOSSOCIAIS

Envelhecer é um processo progressivo de diminuição de reserva funcional denominada de senescência, ao passo que a senilidade é o desenvolvimento da condição patológica por estresse emocional ou outros fatores de adoecimento (LOPES *et al.*, 2008; CIOSAK *et al.*, 2011). O aumento da proporção de idosos tem se configurado como um fenômeno global (DANTAS e DE SOUZA, 2011; DE OLIVEIRA FERNANDES e SOARES, 2012; RAMOS, 2015).

A Organização das Nações Unidas afirma que o conceito de idoso é distinto para países em desenvolvimento e para países desenvolvidos. Para os países em desenvolvimento, são consideradas idosas aquelas pessoas a partir dos 60 anos, ao passo que, para os países desenvolvidos, são idosas pessoas a partir dos 65 anos (SANTOS, 2010).

Assim, o acréscimo da vida é uma ambição de toda coletividade. Contudo, só será uma verdadeira aquisição quando agregar qualidade e garantia de direitos aos anos de vida (VERAS, 2009; VERAS, 2012). A variável do processo de envelhecimento mundial encontra-se nas diferenças regionais, visto que há países em etapas distintas do processo de transição demográfica, vejamos: em 2009, 5,3% da população da África tinha 60 anos ou mais, e 9,7% da população da Ásia e do Pacífico tinha 60 anos ou mais (NOTARI e FRAGOSO, 2011).

A América Latina e Caribe são regiões em processo de envelhecimento gradativo. Em termos absolutos, entre os anos de 2000 e 2025, 57 milhões de pessoas com mais de 60 anos se somarão aos 41 milhões existentes, e entre 2025 e 2050, esse aumento será de 86 milhões. Trata-se de uma população que cresce com rapidez e com um ímpeto maior que a população jovem (NOTARI e FRAGOSO, 2011; RAMOS, 2015). Na Oceania, 15,1% da população era composta de pessoas idosas, enquanto na Europa a população idosa representava 21,6% do total (NOTARI e FRAGOSO, 2011).

A velocidade de mudança desse grupo etário será de três a cinco vezes maior que a população total nos períodos 2000–2025 e 2025–2050. De acordo com essa dinâmica, a proporção de pessoas maiores de 60 anos dentro da população total irá quadruplicar-se entre os anos de 2000 e 2025, de modo que um em cada quatro latino-americanos e caribenhos será idoso em 2025 (NOTARI e FRAGOSO, 2011).

Na população brasileira, o segmento etário que mais cresce é o do idoso. De acordo com o Instituto de Geografia e Estatística (IBGE, 2002), entre 1991 e 2000 o número de habitantes com sessenta anos e mais aumentou 2,5 vezes (35%) em comparação com o restante da população do país (14%) (VERAS, 2007; RAMOS, 2015).

Diante do envelhecimento mundial, se faz necessário compreender que este processo dinâmico e progressivo no qual há modificações morfológicas, funcionais, bioquímicas e psicológicas é acompanhado pelo declínio das funções da maior parte dos órgãos, como a redução do fluxo renal, do débito cardíaco, da capacidade vital dos pulmões, da massa corpórea e da imunidade celular que determinam a perda da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio-ambiente, ocasionando maior vulnerabilidade e maior incidência de processos patológicos que terminam por levá-lo à morte (CAVALHEIRO *et al.*; CUPERTINO *et al.*, 2007; AVERSI-FERREIRA *et al.*, 2009).

Em virtude disso, existe uma preocupação com o envelhecimento ativo e saudável em face à senilidade a qual a população brasileira tem vivenciado (CIOSAK *et al.*, 2011). Deste modo, é recomendado compreender os aspectos de prevenção e da garantia de direitos no tocante ao envelhecimento (VIEGAS e DE BARROS; BRASIL, 1994; SANTIN e BOROWSKI, 2008; VERAS, 2012).

Desta forma, cabe à sociedade e ao Estado a responsabilidade de criar laços e equipamentos sociais diversificados, seguros e acessíveis aos mais velhos, garantir e fomentar a sua participação cívica, a todos os níveis de decisão. A promoção da vida social é uma responsabilidade coletiva e individual. A rede de suporte social deve corresponder a um investimento afetivo e solidário e constitui seguramente um capital decisivo ao longo da vida e também durante o envelhecimento (PAÚL, 2005; SANTIN e BOROWSKI, 2008; PERLINGEIRO, 2014; DE BRITO FILHO e FERREIRA, 2016).

2.1 Conceitos importantes sobre envelhecimento

Em virtude das diversas dimensões em relação do envelhecimento, existem inúmeras concepções sobre ser idoso no mundo. Para alguns, o envelhecimento pode ser definido como um processo crônico-degenerativo tempo-dependente de natureza estocástica e com alguns determinantes genéticos (AVERSI-FERREIRA *et al.*, 2009; FECHINE e TROMPIERI, 2015). Contudo, a concepção individual de ser idoso é construída a partir das vivências individuais ao longo da vida. Assim, são diferentes nas concepções, nos arranjos internos e externos que cada um vai construindo para dar conta das mudanças, dos declínios e das vulnerabilidades (DE ALMEIDA *et al.*, 2011).

No Brasil, a lei nº 8.842/1994 que trata da Política Nacional do Idoso (BRASIL, 1994) e o Estatuto do Idoso conceitua o idoso como pessoas com 60 anos ou mais, adotando uma

concepção de envelhecimento ativo que expressa a manutenção da capacidade funcional; assistência às necessidades de saúde do idoso; reabilitação da capacidade funcional comprometida; capacitação de recursos humanos especializados; apoio ao desenvolvimento de cuidados informais e de pesquisas e pela promoção do envelhecimento saudável (DIAS *et al.*, 2011).

Independente do conceito adotado, a compreensão do ser idoso envolve elementos como as alterações físicas, etárias, social, forma de pensar, de sentir e de agir. Diante disso, compreende-se que o ser humano idoso é complexo, pois demanda compreender suas várias dimensões: biológica, psicológica, social e espiritual (SANTOS, 2010; FECHINE e TROMPIERI, 2015).

Para tanto, se faz necessário compreender que o processo de envelhecimento refere-se a dimensões que ultrapassam o plano individual, coletivo, social e demográfico (DIAS *et al.*, 2011). Nesse sentido, o envelhecimento dependerá da evolução das condições demográficas, sociais e econômicas, mas também das reações dos indivíduos às mudanças que afetam os processos de envelhecimento (DE ALMEIDA *et al.*, 2011; DIAS *et al.*, 2011; LINCK e CROSSETTI, 2011; LOURENÇO *et al.*, 2012; VERAS, 2012).

Com isso, afirma-se que as expectativas para o envelhecimento procedem das evoluções dos modos de vida e da sua adequação à orientação gerontológica dominante – o envelhecimento ativo, que é a capacidade das pessoas que avançam em idade levarem uma vida produtiva na sociedade e na economia (CUPERTINO *et al.*, 2007; FECHINE e TROMPIERI, 2015; FERREIRA, 2015).

As dimensões individuais e coletivas estão relacionadas à longevidade e as melhores condições econômicas e de saúde. A dimensão demográfica concerne ao movimento da população no tempo, à mudança da sua estrutura e à sua configuração prospectiva. E por fim, a dimensão social representa uma categoria social que envolve as expectativas, enquadramentos institucionais relativos ao trabalho e ao modo de vida, que toma em consideração, entre outros aspetos, a idade prospectiva, as mudanças no estado de saúde, a esperança de vida, a capacidade cognitiva, as incapacidades ou a mortalidade (SANTOS, 2010; DE ALMEIDA *et al.*, 2011; DIAS *et al.*, 2011; LOURENÇO *et al.*, 2012; FERREIRA, 2015).

A variabilidade do desenvolvimento humano propõe três trajetórias do envelhecimento humano: normal, patológica e saudável. O envelhecimento saudável prioriza baixo risco de doenças e de incapacidades funcionais relacionadas às doenças, funcionamento mental e físico excelentes, e envolvimento ativo com a vida. Ao passo que o envelhecimento patológico

relaciona-se com a fragilidade vivenciada pelo idoso no processo de envelhecimento (CUPERTINO *et al.*, 2007; NUNES *et al.*, 2015).

Nesse sentido, muito vem sendo estudado sobre a fragilidade no idoso (PAVARINI *et al.*, 2005; SANTIN e BOROWSKI, 2008; GERLACK *et al.*, 2010; SANTOS, 2010; DIAS *et al.*, 2011; LINCK e CROSSETTI, 2011; LOURENÇO *et al.*, 2012). A fragilidade é uma síndrome clínica decorrente da interação de fatores biológicos, psicológicos, cognitivos e sociais, com impacto na vida dos idosos, de famílias e grupo social, pois está associada a quedas, hospitalização, incapacidade, institucionalização e morte (TEIXEIRA, 2008; NUNES *et al.*, 2015; FABRÍCIO e RODRIGUES, 2016).

A fragilidade representa um importante problema de saúde pública, pois impacta em uma maior necessidade de serviços sociais e de saúde, elevando de forma significativa os custos, embora com potencial para prevenção, identificação e tratamento dos sintomas (LINCK e CROSSETTI, 2011; NUNES *et al.*, 2015; FABRÍCIO e RODRIGUES, 2016).

O idoso frágil deve ser compreendido como prioridade, uma vez que demanda maior necessidade de cuidado, não somente em termo de tratamento clínico e assistencial, mas também na implementação de políticas públicas e de ações de prevenções de doenças, bem como promoção de saúde à população de forma integral e resolutiva (PAZ *et al.*, 2006; LINCK e CROSSETTI, 2011).

Por outro lado, a incapacidade funcional pode ser definida como qualquer restrição para desempenhar uma atividade da vida diária (SANTOS, 2010; VERAS, 2012; FECHINE e TROMPIERI, 2015), que serve como indicador do processo saúde-doença e sinaliza para a prioridade no planejamento das intervenções individuais e coletivas (SANTOS, 2010; LOURENÇO *et al.*, 2012; FECHINE e TROMPIERI, 2015). Entre idosos, a capacidade funcional tende a ser diminuída quanto maiores forem os níveis de sedentarismo, a falta de atividade física e a diminuição das atividades cotidianas (FECHINE e TROMPIERI, 2015).

Logo, quanto maior o grau de compromisso, da qualidade, dos recursos, da gerência e do monitoramento de programas nacionais, regionais e locais de prevenção e de cuidado ao idoso, maiores são as chances de minimizar a fragilidade do idoso e suas consequências (PAVARINI *et al.*, 2005; PAZ *et al.*, 2006).

Portanto, diante de tudo que foi exposto a respeito da concepção de idoso e as dimensões do processo de envelhecimento, percebe-se que um conceito que vai além de um critério cronológico, e, sim, de um critério multidimensional.

3 PROTEÇÃO JURÍDICA E SOCIAL AO IDOSO

A sociedade ocidental vem recentemente preocupando-se com o envelhecimento e suas consequências, em especial no âmbito social, uma vez que repercute de forma marcante sobre as políticas sociais e econômicas que possam amparar parcela significativa da população. Sem olvidar que a atenção do ocidente em relação à velhice é revestida de caráter filosófico ou humanístico (VIEGAS e DE BARROS; SANTOS, 2010).

Com o crescimento significativo deste grupo social, atribui-se uma nova dimensão ao envelhecimento humano, na medida em que exige a reestruturação de instituições centrais da estrutura socioeconômica, como: previdência social, sistema de assistência sociosanitária, mercado de trabalho e o papel do Estado. Essas instituições deverão ser reanalisadas em um contexto de uma nova configuração etária da população (VIEGAS e DE BARROS; FONTE, 2002; ZEGERS, 2012).

Como forma conceder um amparo social para o idoso, o Estado concebeu diversas leis - como a Constituição Federal, Política Nacional do Idoso e o Estatuto do Idoso - com escopo de regular direitos e deveres, política, práticas, formas de tratamentos, serviços, instituições, espaços e outras especialidades concernentes à velhice (VIEGAS e DE BARROS; MAGALHÃES, 2015; DE BRITO FILHO e FERREIRA, 2016).

3.1. Marcos legais internacionais na garantia de direitos do idoso

Inicialmente, o envelhecimento populacional mundialmente era uma realidade nos países desenvolvidos. Conforme se depreende da explicação das Nações Unidas, até meados do século XX, o envelhecimento seria um fenômeno dos países desenvolvidos. Entretanto, no futuro, o envelhecimento da população atingiria os países em desenvolvimento de forma mais rápida (SANTIN e BOROWSKI, 2008; NOTARI e FRAGOSO, 2011).

Perante a esse contexto de envelhecimento mundial surge inevitavelmente, na conjuntura internacional, a edição de um instrumento normativo que possa assegurar direitos mínimos à população idosa.

Internacionalmente, a questão do idoso começa debatida, preliminarmente, na esfera das Nações Unidas, na década de 1970, sendo pauta de discussão da Assembleia Geral da ONU, que exigia a realização de uma Assembleia Mundial sobre o envelhecimento, advertindo os países da necessidade de proteger os direitos e o bem-estar das pessoas idosas (DANTAS e DE SOUZA, 2011).

Todavia, somente em 1982, em Viena, iniciaram-se as discussões multilaterais sobre o envelhecimento, com a realização da I Assembleia Internacional sobre Envelhecimento, que culminou na elaboração do Plano de Ação de Viena sobre Envelhecimento (SANTIN e BOROWSKI, 2008; DANTAS e DE SOUZA, 2011). Considerado o primeiro instrumento internacional sobre envelhecimento, esse plano tratou de políticas públicas específicas para saúde, nutrição, moradia, meio ambiente, família e bem-estar social (DANTAS e DE SOUZA, 2011; NOTARI e FRAGOSO, 2011).

Nessa Assembleia, foi elaborado o Plano de Ação Mundial sobre o Envelhecimento, constante de 66 recomendações sobre diversos temas como: saúde, educação, previdência, entre outros. É importante destacar que essas questões eram sempre tratadas em foros de natureza econômica pela ONU. Esse evento sinalizou um avanço em relação aos direitos dos idosos no Brasil, esses foram os preceitos desta que prevaleceram até ocorrer a II Assembleia, em 2002 (CAMARANO e PASINATO, 2004; DANTAS e DE SOUZA, 2011).

Antes da realização da II Assembleia em 2002, vários ciclos de conferência foram organizados pela ONU, na década de 1990, uma vez que a Assembleia Geral das Nações Unidas reconheceu a complexidade e rapidez do fenômeno do envelhecimento da população mundial e a necessidade de se formular uma base e um marco de referência comum para a proteção e promoção dos direitos das pessoas idosas (DANTAS e DE SOUZA, 2011; DE OLIVEIRA FERNANDES e SOARES, 2012; WILLIG *et al.*, 2012). Assim, em 1991, as Nações Unidas instituíram uma Carta de Princípios para Pessoas Idosas, os quais se direcionaram em quatro principais eixos de ação: independência, participação, cuidados especiais e dignidade (NOTARI e FRAGOSO, 2011).

A carta de princípios instituía: princípio da independência, que inclui o acesso à alimentação, água, à habitação, ao vestuário e aos cuidados de saúde adequados, bem como direitos básicos de oportunidade de trabalho remunerado e o acesso à educação; o segundo princípio é o da participação, que consiste na participação ativa das pessoas idosas nas políticas que estão diretamente relacionadas ao seu bem-estar, para com isso poder partilhar os seus conhecimentos; o outro princípio é o do cuidado, que expressa que as pessoas idosas devem ser beneficiadas pelos cuidados da família e ter acesso aos serviços de saúde, assim como gozar de direitos humanos e liberdades quando residirem em lares ou instituições que lhes prestem cuidados ou tratamento (CAMARANO e PASINATO, 2004; NOTARI e FRAGOSO, 2011).

Destaca-se, em seguida, o princípio da auto-realização, que afirma que as pessoas idosas devem aproveitar de oportunidade de desenvolver plenamente o seu potencial, mediante

o acesso aos recursos educativos, culturais, espirituais e recreativos da sociedade (DANTAS e DE SOUZA, 2011; DE OLIVEIRA FERNANDES e SOARES, 2012; VERAS, 2012; WILLIG *et al.*, 2012). Por fim, o princípio da dignidade, presente nos mais diversos diplomas legais, que assegura que os idosos têm o poder de viver com dignidade e segurança, livre da exploração e de maus tratos físicos ou mentais, ou seja, serem tratados dignamente, independentemente da idade, do sexo, da raça, da deficiência, da situação econômica ou qualquer outra condição (CAMARANO e PASINATO, 2004).

A II Assembleia elaborou o Plano de Ação Internacional para o Envelhecimento (PAIE) pelos representantes dos países-membros, contendo diretrizes para a elaboração e estabelecimento de políticas específicas, voltadas para o idoso (SANTOS, 2010). O PAIE consta de uma Declaração Política que contém 19 artigos que expressam respostas aos desafios oferecidos pelo envelhecimento da população (CAMARANO e PASINATO, 2004; DANTAS e DE SOUZA, 2011).

As recomendações do PIAE centram-se em três áreas prioritárias: 1) como colocar envelhecimento populacional na agenda do desenvolvimento; 2) importância singular e global da saúde e 3) como desenvolver políticas de meio ambiente (tanto do ponto de vista físico quanto social) que atendam às necessidades de indivíduos e às sociedades que envelhecem. Em cada uma dessas áreas de ação, o PIAE prioriza as questões de gênero e de desigualdade social (CAMARANO e PASINATO, 2004; DE OLIVEIRA FERNANDES e SOARES, 2012; VERAS, 2012; WILLIG *et al.*, 2012).

O PAIE direcionou sua atenção de forma especial para a situação dos países em desenvolvimento e definiu como temas centrais a realização de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais das pessoas idosas, seus direitos civis e políticos e a eliminação de todas as formas de violência e discriminação contra a pessoa de idade (FEDERAL, 2003; PAVARINI *et al.*, 2005; NOTARI e FRAGOSO, 2011; DE OLIVEIRA FERNANDES e SOARES, 2012; WILLIG *et al.*, 2012). Destaca-se que o Plano de Ação Mundial sobre o Envelhecimento, a Carta de Princípios para Pessoas Idosas, bem como PAIE, são instrumentos normativos e princípios que não geram obrigatoriedade, ou seja, cada Estado tem a independência de aderir ou não (CAMARANO e PASINATO, 2004; DANTAS e DE SOUZA, 2011).

No âmbito do Sistema Interamericano de Direitos Humanos, no final da década de 1980, foram incorporadas medidas específicas em favor das pessoas idosas através do Protocolo Adicional à Convenção Americana de Direitos Humanos, conhecido como o Protocolo de São

Salvador, que é, até o momento, o único instrumento vinculativo que incorpora especificamente os direitos das pessoas idosas. Quatorze países da região já ratificaram o Protocolo de São Salvador, e apenas oito deles promulgaram uma lei específica de proteção dos direitos das pessoas idosas (NOTARI e FRAGOSO, 2011). É oportuno esclarecer que o Protocolo de São Salvador é um instrumento vinculativo – obrigatório – apenas aos países que aderem ao referido protocolo, não existindo imposição à sua adesão (CAMARANO e PASINATO, 2004; DANTAS e DE SOUZA, 2011; NOTARI e FRAGOSO, 2011).

Por último, em janeiro de 2010, o Comitê Consultivo do Conselho de Direitos Humanos das Nações Unidas publicou a necessidade de uma abordagem de direitos humanos e de um mecanismo efetivo das Nações Unidas para os direitos humanos das pessoas idosas (NOTARI e FRAGOSO, 2011; VERAS, 2012; WILLIG *et al.*, 2012).

Logo, depreende-se que os instrumentos normativos e princípios no âmbito internacional são destituídos de caráter obrigacional, ficando a critério de cada Estado observar o seu cumprimento.

3.2. As garantias constitucionais e os direitos ao idoso no Brasil

Previamente é indispensável apresentar o arcabouço constitucional do Brasil, expondo a evolução da Constituição Federal (CF) brasileira para subsequentemente identificar o advento da legislação que assegura o direito do idoso.

O primeiro período constitucional do Brasil ocorre no período imperial com a outorga da CF brasileira de 1824 que estabelecia um conjunto de direitos e garantias individuais. Essa CF estabeleceu um conjunto de direitos e garantias de conteúdo meramente político, ou seja, de estruturação do Estado e seus poderes (BONAVIDES, 2016; DE BRITO FILHO e FERREIRA, 2016).

Com a revolução de 1930, o governo provisório de Getúlio Vargas determinou a nomeação de uma comissão para elaborar uma nova CF. Com isso, em 1934 uma nova Constituição foi promulgada, inspirada na Constituição Alemã de Weimar, que propunha além de direitos políticos, a liberdade, a justiça e o bem estar social e econômico, apresentando uma conotação restrita ao reconhecimento dos direitos dos trabalhadores, com alguns traços do direito do idoso (BONAVIDES, 1994; FALEIROS, 2007).

Assim, os direitos da pessoa idosa na CF de 1934, incluíam a implementação da previdência social “a favor da velhice”. Entretanto, ao trabalhador rural não foram

reconhecidos, pois ficava na esfera do “aluguel de mão-de-obra” sob a tutela da oligarquia rural (FALEIROS, 2007).

Em 1937, Getúlio Vargas impôs a “Constituição Polaca”, em virtude de a mesma ser baseadas em ideias fascistas. Esta CF assegurava o seguro de velhice para o trabalhador, mas impôs restrições aos direitos políticos. Já na esfera social houve a abolição do direito de greve dos trabalhadores (BONAVIDES, 1994; BONAVIDES, 2016; DE BRITO FILHO e FERREIRA, 2016).

Após a queda de Getúlio Vargas, nova CF foi promulgada em 1946, que passou a prescrever direitos atinentes à família, à cultura, à educação, proteção à propriedade privada, bem como a garantia ao direito de greve e de livre associação sindical (BONAVIDES, 1994; FALEIROS, 2007). Na esfera social, a referida CF dispunha sobre a formulação de previdência “contra as consequências da velhice”, ampliando a ideia de um seguro social somente para trabalhadores industriais (BRASIL, 1988; BONAVIDES, 1994; BONAVIDES, 2016).

Mais tarde, a CF de 1967 também regulamentou benefícios sociais, as quais estabeleciam a previdência social “nos casos de velhice”, a assistência à maternidade, à infância e à adolescência. A previdência, em realidade passou, então, a contemplar também a assistência à saúde, alguns benefícios pecuniários e pensões que foram regulamentados por lei, mas dentro da esfera contributiva (BONAVIDES, 1994; FALEIROS, 2007; DE BRITO FILHO e FERREIRA, 2016).

Nos anos 70, foi editada a Lei nº 6.119/74 que instituía a Renda Mensal Vitalícia, no valor de 50% do salário mínimo para os maiores de 70 anos que houvessem contribuído, pelo período mínimo de um ano junto à Previdência e as pessoas idosas começaram a ser organizar em associações (FALEIROS, 2007).

Mais tarde, em 1988, é promulgada a CF que proporciona o paradigma dos direitos para a pessoa idosa, assim como paradigma para de proteção integral para as crianças e adolescentes (BRASIL, 1988; DE SOUZA *et al.*, 2008; NOTARI e FRAGOSO, 2011; DE BRITO FILHO e FERREIRA, 2016). É somente neste período que a CF aponta para a atribuição da célula mater da sociedade – a família (SILVA, 2016).

Neste sentido, a Carta Magna indica que é dever da família e da sociedade, juntamente com o Estado, amparar as pessoas idosas, garantindo-lhes e fazendo garantir sua participação na comunidade, bem como defendendo sua dignidade e bem-estar com objetivo de garantia do direito à vida (BRASIL, 1988; BRASIL, 1994; SANTIN e BOROWSKI, 2008; DE OLIVEIRA FERNANDES e SOARES, 2012; WILLIG *et al.*, 2012).

Além disto, a CF reconhece também a liberdade, a igualdade, a solidariedade, o respeito e principalmente a dignidade como valores erguidos democraticamente (BRASIL, 1988; BRASIL, 1994; FEDERAL, 2003; SANTOS, 2010; DE OLIVEIRA FERNANDES e SOARES, 2012; WILLIG *et al.*, 2012). Destaca-se que foi através desses direitos que a Declaração Universal dos Direitos Humanos fundamentou o princípio da Dignidade da Pessoa Humana (FALEIROS, 2007).

A CF vigente, sob esse aspecto, representou um avanço nas relações sociais no que diz respeito ao idoso, pois, até então, com as leis civis utilizadas, nossos idosos eram posicionados numa condição de quase interditos (BRASIL, 1988; FALEIROS, 2007). Dessa maneira, quase quinze anos após a CF/88, foi criado o Estatuto do Idoso, através da Lei nº 10.741, em 1º de outubro de 2003, como um instrumento normativo que foi editado com escopo de estabelecer o direito à velhice de forma expressa e em um documento exclusivo (BRASIL, 1988; BRASIL, 1994; FEDERAL, 2003; DE OLIVEIRA FERNANDES e SOARES, 2012; WILLIG *et al.*, 2012).

Por fim, pode asseverar que no cenário legislativo, após a Constituição Federal de 1988, o Estatuto do Idoso é a lei em vigor que regulamenta as diversidades de direitos e garantias para o Idoso.

3.2.1 Dever de cuidado: Estatuto do Idoso e Código Civil

O Estatuto do Idoso estabelece no artigo 3º (FEDERAL, 2003) que:

“É obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária.”

Considerado como um dos artigos fundamentais por representar a proteção da família, bem como o princípio da dignidade da pessoa humana através da garantia a todo idoso de direitos de diversas naturezas, desde o direito à vida até a convivência familiar e comunitária, assim, o art. 3º é a expressão do “dever de cuidado” (VIEGAS e DE BARROS, 2016; FEDERAL, 2003).

Ademais, a Constituição Federal em seu art. 229 preconiza que o “dever de cuidado” é uma obrigação do filho para com o pai, veja: “Art. 229. (...) os filhos maiores têm o dever de

ajudar e amparar os pais na velhice, carência ou enfermidade”(BRASIL, 1988). Na mesma acepção, o Estatuto do Idoso, em seu art. 3º, parágrafo único, inciso V, assegura priorização do atendimento do idoso por sua própria família, em detrimento do atendimento asilar, exceto dos que não a possuam ou careçam de condições de manutenção da própria sobrevivência (FEDERAL, 2003).

Dessa maneira, podemos afirmar que o “dever de cuidado” é fundamentado por três princípios: dignidade da pessoa humana, afetividade e solidariedade, sendo tais princípios geradores de cuidado, atenção e apoio físico e moral (BRASIL, 1994; FEDERAL, 2003; SANTIN e BOROWSKI, 2008; SANTOS, 2010; DE OLIVEIRA FERNANDES e SOARES, 2012; WILLIG *et al.*, 2012).

O princípio da dignidade da pessoa humana está previsto no inciso III do artigo 1º da Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988; BONAVIDES, 1994; BONAVIDES, 2016). Nas relações familiares acentua-se a necessidade de tutela dos direitos da personalidade, por meio da proteção à dignidade da pessoa humana, tendo em vista que a família deve ser havida como centro de preservação da pessoa, da essência do ser humano, antes mesmo de ser tida como célula básica da sociedade (ROSENVALD e DE FARIAS, 2008; DE FARIAS E ROSENVALD, 2010).

O princípio da afetividade não consta na CF de 1988 como um direito fundamental, afirmando que o afeto decorre da valorização do princípio da dignidade da pessoa humana (BRASIL, 1988; ROSENVALD e DE FARIAS, 2008; DE FARIAS e ROSENVALD, 2010; DE BRITO FILHO e FERREIRA, 2016). Destarte, podemos compreender que o vínculo afetivo pode ser interpretado como vínculo familiar que vai além do vínculo biológico (VIEGAS e DE BARROS, 2016).

Associado ao princípio da afetividade tem o princípio da solidariedade, que consiste na incumbência de amparar aqueles que não podem prover à sua própria subsistência, cabendo ao Estado a incumbência precípua e este, por sua vez, transfere às pessoas pertencentes ao mesmo grupo familiar, a qual tem o dever moral, convertido em obrigação jurídica, de prestar auxílio aos que dele necessitem (BONAVIDES, 1994; ROSENVALD e DE FARIAS, 2008; DE FARIAS e ROSENVALD, 2010; NOTARI e FRAGOSO, 2011; DE BRITO FILHO e FERREIRA, 2016). Com isso, podemos apreender que os grupos familiares vivem em colaboração, com escopo de amparar as privações umas das outras, em um sentimento de reciprocidade.

3.2.1.1 Descumprimento do dever de cuidado: uma forma de violência e ilícito civil

Desse modo, a ausência do “dever de cuidado” do filho para com o pai, caracteriza um ato de violência, além de ilícito, que gera responsabilidade civil, a depender do caso (VIEGAS e DE BARROS; BRASIL, 1988; BARROS, 2016). O conceito de violência refere-se aos processos e às relações sociais interpessoais, de grupos, de classes, de gênero ou objetivadas em instituições, quando empregam diferentes formas, métodos e meios de aniquilamento de outrem, ou de sua coação direta ou indireta, causando-lhes danos físicos, mentais e morais (MINAYO e SOUZA, 1997; SAÚDE, M. D., 2002; DE SOUZA MINAYO, 2006; MINAYO, 2006; SAÚDE, 2008b; a; COELHO *et al.*, 2014).

De uma forma geral, a violência esteve presente na história da humanidade por uma multiplicidade de formas, em diferentes ambientes e contemplando diversos aspectos (política, econômica, antropológica, biológica, cultural, psicológica e social) (MINAYO e SOUZA, 1997; SAÚDE, 2005; MINAYO, 2006; MORGADO, 2006; SOUZA e LIMA, 2006; SAÚDE, 2008a; OMS, 2015).

No Brasil, com maior frequência a partir de 1980, a violência intrafamiliar contra os idosos passou a ser denunciada, porém, esta manifestação de violência é de difícil identificação e ainda parcialmente oculta da opinião pública (VIEGAS e DE BARROS; SAÚDE, M. D., 2002; SAÚDE, 2005; DAHLBERG e KRUG, 2006; DE SOUZA MINAYO, 2006; OMS, 2015).

Algumas categorias e tipologias, oficializada pela Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências, portaria MS/GM nº 737 (SAÚDE, 2001) são determinadas internacionalmente para intitular as várias formas de violências mais praticadas contra a população idosa, a saber (VIEGAS e DE BARROS; MINAYO e SOUZA, 1997; SAÚDE, B. S. D. P. D., 2002; SAÚDE, M. D., 2002; MINAYO, 2006; MORGADO, 2006; SAÚDE, 2008b; a; COELHO *et al.*, 2014):

- Violência intrafamiliar, que é caracterizada pela ação ou omissão que prejudique o bem-estar, a integridade física e psicológica, ou a liberdade e o direito ao pleno desenvolvimento de um integrante do núcleo familiar. Pode ser cometida dentro ou fora de casa, por qualquer membro da família que esteja em relação de poder com a pessoa agredida;
- Violência física, refere-se ao uso da força física para compelir o idoso a fazer o que não deseja, podendo provocar dor, incapacidade ou morte do mesmo;

- Abuso psicológico, agressões verbais ou gestuais, com o escopo de apavorar o idoso;
- Violência sexual, que alude ao ato ou jogo sexual, visando à obtenção de excitação, relação sexual ou práticas eróticas, por meio de aliciamento, violência física ou ameaças;
- Abandono, que se manifesta pela ausência dos responsáveis de prestarem cuidados e socorro a uma pessoa idosa que necessite de proteção;
- Abuso financeiro, que decorre da exploração imprópria dos idosos ou ao uso não consentido por eles de seus recursos financeiros e patrimoniais;
- Negligência, que é a recusa ou a omissão de cuidados devidos e necessários aos idosos, por parte dos responsáveis – familiares ou instituições de longa permanência – sendo a forma de violência contra o idoso mais presente no Brasil.

Contudo, se por um lado a detecção de violência na população idosa é fácil, para configuração de um ato ilícito é mais complexo. Vale ressaltar que o tipo de violência contra pessoa idosa configura-se como um ato ilícito na esfera cível, de acordo a legislação civil e configura-se crime conforme o Estatuto do Idoso, a partir dos artigos 96 a 108 (BONAVIDES, 1994; BRASIL, 1994; FEDERAL, 2003; DE OLIVEIRA FERNANDES e SOARES, 2012; WILLIG *et al.*, 2012; BONAVIDES, 2016).

Para configuração de um ato ilícito é necessário preenchimento dos pressupostos que se encontram estabelecidos no art. 186 do Código Civil de 2002, destacando que aquele que por ação ou omissão voluntária, negligência ou imprudência, violar direito e causar dano a outrem, ainda que exclusivamente moral, comete ato ilícito (BRASIL, 2013).

Assim, uma vez preenchidos todos os pressupostos exigidos no art. 186 do CC, o autor do ato ilícito reparará todos os danos decorrentes de sua conduta, que no caso em estudo seria a ausência do “dever de cuidado”. A reparação nesse caso está previsto no art. 927 do CC: “Art. 927. *Aquele que, por ato ilícito, causar dano a outrem, fica obrigado a repará-lo*” (CIVIL, 2013).

Embora a legislação brasileira possibilite a reparação civil, em face do ato ilícito, a doutrina vem entendendo que o descumprimento do dever de cuidado filial-paterno quanto ato ilícito gerará a responsabilidade civil, sendo tal instituto instrumento para fazer valer os direitos dos idosos. Sucede que inexistente até a presente data qualquer julgado sobre a reparação civil por descumprimento do “dever de cuidado” do filho perante o pai (VIEGAS e DE BARROS; CIVIL, 2013).

A Secretaria de Segurança Pública e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde indicam o crescimento maus-tratos/violência contra idosos no Brasil, especialmente nas áreas urbanas das metrópoles (MINAYO e SOUZA, 1997; DAHLBERG e KRUG, 2006; MORGADO, 2006; SOUZA e LIMA, 2006; DA VIOLÊNCIA, 2014; CERQUEIRA *et al.*, 2016).

Entretanto, há escassez de informação quanto os agredidos e agressores, visto que, em regra, os idosos não denunciam, os abusos e agressões sofridas em decorrência do constrangimento e do medo de repressão por parte dos seus cuidadores, que são frequentemente os próprios agressores, bem como pelo fato de que os profissionais de saúde ainda não focalizam seu olhar clínico para a detecção do problema (SAÚDE, B. S. D. P. D., 2002; SAÚDE, M. D., 2002; DAHLBERG e KRUG, 2006; DE SOUZA MINAYO, 2006; BRASIL, 2013; BRASIL, 2016).

Acrescente-se que ainda não existe uma consciência coletiva de denúncia dos abusos, assim como não há em todas as cidades serviços destinados à receptação de tais denúncias (BRASIL, 2016; CERQUEIRA *et al.*, 2016). Portanto, se faz imperioso instrumentalizar os diversos agentes sociais - incluindo juízes, promotores de justiça, defensores públicos, profissionais da saúde e profissionais da assistência social que trabalham diretamente com idosos, para atuarem na prevenção e combate à violência e descumprimento do “dever de cuidado”, com vistas a possibilitar a responsabilização civil e criminal.

3.3. Assistência social e a garantia de direitos ao idoso

Na acepção social, os direitos da pessoa idosa têm legislação específica que abrange desde a Constituição Federal até a lei específica de assistência social (BONAVIDES, 1994; FEDERAL, 2003; WILLIG *et al.*, 2012; BONAVIDES, 2016).

A prestação de assistência específica ao idoso no Brasil iniciou-se com a criação do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) em 1975. No ano seguinte, em 1976, foi instituída a Política Nacional para Terceira idade, e em 1977 foi criado o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS), através da Lei nº 6.439/77, encarregado pela administração financeira da previdência e assistência social (DE OLIVEIRA FERNANDES e SOARES, 2012; WILLIG *et al.*, 2012).

A proteção social que ocorre no âmbito da assistência social garante o benefício assistencial, bem como serviços especializados, conforme preceituado na Lei nº 8.742, de 7 de

dezembro de 1993, conhecida como Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) e pela Política Nacional de Assistência Social (PNAS/2004) (BRASIL, 1994; FEDERAL, 2003; DE OLIVEIRA FERNANDES e SOARES, 2012; WILLIG *et al.*, 2012).

Com advento da CF Federal de 1988 foram incorporados diversos conceitos em decorrência do documento normativo de 1976, além da garantia do benefício de um salário mínimo mensal à pessoa portadora de deficiência e ao idoso com 65 anos de idade que comprovem não possuir meios de prover a própria manutenção ou de tê-la provida por sua família, conforme dispuser a lei (BRASIL, 1988; FEDERAL, 1988; BONAVIDES, 1994).

Vale elucidar que o aludido benefício assistencial é concedido ao idoso independente de contribuição perante órgão competente. Prevê a CF, no artigo 204, que a assistência social deve ser descentralizada e participativa, com coordenação e normas gerais de competência da esfera federal, ou seja, os idosos são protagonistas da política de assistência (BRASIL, 1988; GOES e DA OBRA, 2012).

O benefício assistencial é denominado de benefício de prestação continuada, que se encontra regulamentado pelo Decreto nº 6.214/2007. O artigo 7º do Decreto nº 6.214/2007 limita a concessão do benefício assistencial apenas a brasileiro, naturalizado ou nato, que comprove domicílio e residência no Brasil, atendendo, também, aos demais requisitos estabelecidos nesse regulamento (GOES e DA OBRA, 2012). Dessa forma, a proteção se efetiva, em primeiro lugar, pela garantia de renda aos idosos mais pobres. No entanto, o conceito de proteção envolve não somente renda, mas também serviços que devem ser prestados de forma integrada, descentralizada e participativa, tanto para o enfrentamento da pobreza (FALEIROS, 2007).

Após a edição da LOAS, foi aprovada a Lei nº 8.842/1994 que estabelece a Política Nacional do Idoso (PNI), posteriormente regulamentada pelo Decreto nº 1.948/96, criando o Conselho Nacional do Idoso (BRASIL, 1994; GOES e DA OBRA, 2012; WILLIG *et al.*, 2012). Essa lei tem por objetivo assegurar direitos sociais que garantam a promoção da autonomia, a integração e a participação efetiva do idoso na sociedade (DE OLIVEIRA FERNANDES e SOARES, 2012).

O PNI sobressai na descentralização de suas ações envolvendo Estados e Municípios, em parceria com entidades governamentais e não governamentais (BRASIL, 1994). Rege-se o PNI por determinados princípios, tais como: assegurar ao idoso os direitos de cidadania, defender a sua dignidade, bem-estar e direito à vida, sendo responsáveis para garantir esses direitos à família, a sociedade e o Estado (DE OLIVEIRA FERNANDES e SOARES, 2012).

Assim sendo, identifica-se que além da CF/88, a LOAS e a PNI, assistem o idoso no campo socioassistencial.

3.4. A garantia de direitos ao idoso na saúde e redes de apoio

A CF de 1988 elencou a saúde como direito fundamental, assegurando no art. 196 que a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988). Em 1990, foi instituída a Lei Orgânica da Saúde n. 8.080/90, determinando a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) (CARVALHO e SANTOS, 1995).

O direito à saúde passa pelo acesso universal e equânime aos serviços e ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com garantia da integralidade da atenção, considerando as diferentes realidades e necessidades de saúde da população (BRASIL, 1988). Tais preceitos constitucionais encontram-se reafirmados na Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dispôs sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde e as Normas Operacionais Básicas (NOB), editadas em 1991, 1993 e 1996, que, por sua vez, regulamentam e definem as estratégias e os movimentos táticos que orientam a operacionalidade do Sistema (CARVALHO e SANTOS, 1995; DE OLIVEIRA FERNANDES e SOARES, 2012; WILLIG *et al.*, 2012).

Em concordância com asseverado em linhas pretéritas, o número crescente de idosos ocasionou em problemas de ordem social, econômica e de saúde, os quais exigiram determinações legais e políticas públicas capazes de oferecer suporte ao processo de envelhecimento no Brasil, buscando atender às necessidades desse estrato populacional (DE JESUS MARTINS *et al.*, 2007; GERLACK *et al.*, 2010; WILLIG *et al.*, 2012).

Em virtude desse crescente número de pessoas idosas, em 1994 foi estabelecida a Política Nacional do Idoso (PNI), a qual assegura os direitos sociais à pessoa idosa, bem como reafirmando o direito à saúde nos diversos níveis de atendimento do SUS (BRASIL, 1994; CARVALHO e SANTOS, 1995; FONSECA *et al.*, 2012). A PNI objetiva a criação de condições favoráveis para alcançar a longevidade com qualidade de vida compreendida como a necessidade de prover cuidados específicos para esse segmento populacional, alicerçados em

estratégias que acrescentam saúde aos indivíduos que têm o privilégio da longevidade (WILLIG *et al.*, 2012).

Posteriormente, em 1999, foi implantada a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) pela Portaria 1.395/1999 do Ministério da Saúde (MS) e em 2006 foi readequada pela portaria 528/GM que busca garantir a atenção adequada e digna para a população idosa brasileira, visando sua integração (BRASIL, 1994; DE OLIVEIRA FERNANDES e SOARES, 2012; WILLIG *et al.*, 2012). Nessa política estão definidas as diretrizes norteadoras de todas as ações no setor de saúde e indicadas as responsabilidades institucionais para o alcance da proposta compreendendo a definição e/ou readequação de anos, programas, projetos e atividades do setor da saúde, direta ou indiretamente relacionados com seu objeto (DE OLIVEIRA FERNANDES e SOARES, 2012).

Os principais avanços da PNSPI, regulamentada em 2006, consistem na incorporação do conceito de envelhecimento ativo, preconizado pela Organização Mundial da Saúde, na desmistificação da velhice, na valorização da participação dos idosos na vida social e intergeracional (WILLIG *et al.*, 2012).

A PNSPI fundamenta a ação do setor saúde na atenção integral à população idosa e em processo de envelhecimento, conforme determinam a Lei Orgânica de Saúde, assegurando os direitos dos idosos e buscando criar condições para a promoção da autonomia, integração e participação dos idosos na sociedade. Cabendo ao setor saúde prover o acesso dos idosos aos serviços e às ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde (DE JESUS MARTINS, 2007).

Além disso, a PNSPI, em conjunto com SUS, traçaram diretrizes com propósito de garantir o dever de cuidado ao idoso, a saber: atenção integrada à saúde da pessoa idosa; formação e educação permanente dos profissionais de saúde; divulgação e informação sobre a PNSPI para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS; apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas; elaboração do plano integrado de ações de proteção à pessoa idosa SUAS-SUS, dentre outras ações (DE OLIVEIRA FERNANDES e SOARES, 2012; VERAS, 2012; WILLIG *et al.*, 2012).

Diante do que foi exposto, no tocante inúmeros documentos legais de garantia ao Idoso nas diversas esferas (jurídica, social e saúde), constata-se que os direitos ao idoso, em especial o dever de cuidado, para serem concretizadas necessitam da construção e efetivação das redes sociais (PAVARINI *et al.*, 2005; GERLACK *et al.*, 2010; SANTOS, 2010; DE OLIVEIRA FERNANDES e SOARES, 2012; VERAS, 2012; WILLIG *et al.*, 2012).

A rede social, apoio social ou rede de apoio social pode ser entendida como aquilo com que o sujeito interage, tudo que faz parte da rede relacional dos indivíduos, ou qualquer informação e/ou auxílio material oferecidos por grupos e/ou pessoas, com os quais se têm contatos sistemáticos e que resultam em efeitos emocionais e/ou comportamentais positivos (DE SOUZA *et al.*, 2008).

As redes de apoio social ao idoso fracionam em duas ordens. A primeira ordem são as redes formais, que estão relacionadas às políticas públicas à população idosa, agregando os serviços de atenção básica à saúde, instituições jurídicas (Poder Judiciário, Ministério Público e Defensoria Pública) e órgãos da assistência social (BRASIL, 1994; FEDERAL, 2003; DE OLIVEIRA FERNANDES e SOARES, 2012; WILLIG *et al.*, 2012). A segunda ordem são as redes informais, que são os familiares e os amigos, caracterizados pela “espontaneidade e reciprocidade”, que auxiliam o idoso a manter os vínculos e proporcionam bem-estar (VIEGAS e DE BARROS; DE SOUZA *et al.*, 2008; DE ALMEIDA *et al.*, 2011; VERAS, 2012).

Assim sendo, é indiscutível que as redes formais e informais são indispensáveis para proteção e apoio na garantia dos direitos dos idosos previstos por lei. Diante disso, é premente a reflexão sobre o uso das tecnologias, considerando-as como possibilidade de relacionar e integrar os múltiplos saberes, fazeres e os seres humanos, cujas partes se apresentam compartimentadas, desarticuladas, separadas, fracionadas (BAGGIO *et al.*, 2010).

Em virtude dessa evidência, torna-se imperioso analisar se os agentes das redes formais conhecem o “dever de cuidado” preconizado no Estatuto do Idoso e caso os agentes sejam conhecedores de tal obrigação, como os mesmos atuam para materialização desse dever.

4. AS TECNOLOGIAS DO CUIDADO

O termo tecnologia possui como definição etimológica “*tecno*” que vem de *techné*, que é o saber fazer, e “*logia*” que vem de logos, razão, ou seja, significa a razão do saber fazer. A tecnologia pode ser definida de acordo com seu conteúdo, natureza ou emprego. Portanto, pode ser incorporada a mercadorias (tecnologia de produto) e/ou fazer parte de um processo (tecnologia de processo) (DE SOUSA *et al.*, 2017).

As tecnologias têm sempre como referência o trabalho que se revela como ação intencional sobre a realidade na busca de produção de bens/produtos ou relações que, necessariamente, não são materiais, duros, palpáveis, mas podem ser simbólicos (KOERICH *et al.*, 2006; DA SILVA *et al.*, 2008).

As tecnologias de informação e comunicação (TICs), assim com as tecnologias do cuidado, caminham em uma espiral de desenvolvimento sendo reflexo da sociedade contemporânea e têm sido utilizadas amplamente no processo, formal e informal, de ensino-aprendizagem, auxiliando no processo de aprendizagem através da participação efetiva dos educandos (KOERICH *et al.*, 2006; COELHO e JORGE, 2009; CARLOS *et al.*, 2016; DE VASCONCELLOS *et al.*, 2016).

As tecnologias e os conhecimentos estão em constante movimento, num processo de organização/desorganização/reorganização pelo próprio ser humano, para a adequação e transformação da realidade que o cerceia. Por esta razão, as áreas técnicas e cognitivas apresentam-se em importante expansão, num fluxo contínuo e variado, cujas tecnologias e conhecimentos são compostos/recompostos, modelados/remodelados, modificados e multiplicados nas diversas áreas do saber e veiculados na forma de informação (BAGGIO *et al.*, 2010; GOES *et al.*, 2016).

O cuidado tem sido descrito como uma tentativa intersubjetiva para proteger, melhorar e preservar a humanidade, ajudando à pessoa a encontrar sentido na doença, sofrimento, na dor e na existência, e para ajudar o outro a obter autoconhecimento, autocontrole e autocura (DA SILVA *et al.*, 2008). A tecnologia do cuidado é operada no espaço do encontro trabalhador e usuários no interior dos serviços, nos quais há abertura para a produção subjetiva dos sujeitos (KOERICH *et al.*, 2006).

Assim, são pertinentes a criação e o desenvolvimento nos ambientes em saúde, de redes que permitam a interação entre pessoas, tecnologias e ambiente na promoção do cuidado do outro; de TIs voltadas para uma nova inter-relação espacial entre os seres de cuidado (que

cuidam e são cuidados); e nova forma de organização/implementação do cuidado pelos profissionais (COELHO e JORGE, 2009; BAGGIO *et al.*, 2010).

Por isso, a ideia de tecnologia do cuidado não está vinculada somente a equipamentos, mas também ao ‘saber fazer’ e a um ‘ir fazendo’, sendo definida como técnicas, procedimentos, conhecimentos utilizados no cuidado (KOERICH *et al.*, 2006).

Destarte, embora as categorias tecnológicas se inter-relacionem, não deve prevalecer a lógica do ‘trabalho morto’, aquela expressa nos equipamentos e saberes estruturados (KOERICH *et al.*, 2006; TRONCHIN *et al.*, 2009; DE SOUSA *et al.*, 2017). Diante disso, as tecnologias podem ser classificadas em leve, leve-dura e dura (KOERICH *et al.*, 2006; COELHO e JORGE, 2009; DE SOUSA *et al.*, 2017), assim definidas:

1. Tecnologias leves: relações dependentes necessariamente do contato direto entre sujeitos, valorizando a fala e a escuta, na perspectiva do desenvolvimento da autonomia, como uma forma de responsabilização;
2. Tecnologias leve-duras: conhecimentos técnicos, pressupõem a articulação dos saberes do trabalhador com os saberes do usuário, entendidos como saberes estruturantes do cuidado em saúde à subjetividade das relações interpessoais;
3. Tecnologias duras: equipamentos tecnológicos do tipo máquinas, normas, estruturas organizacionais.

Depreende-se que é o cuidado que indica quais tecnologias são necessárias em uma determinada situação, ou seja, para prestar um cuidado eficiente e eficaz, necessitamos de diferentes tipos de tecnologia: de uma tecnologia dura, quando utilizamos instrumentos e equipamentos, de uma tecnologia leve-dura, quando lançamos mão de conhecimentos estruturados (teorias ou modelos de cuidado) e de tecnologias leves, já que a implementação do cuidado requer o estabelecimento de relações (vínculo e acolhimento), ou seja, a interação entre os sujeitos e que envolve uma ação técnica, baseada no saber profissional e conhecimentos específicos e sensíveis, que compreende aos sentidos humanos, a subjetividade e a intuição (LOPES *et al.*, 2008; BAGGIO *et al.*, 2010; DA SILVA e DE ASSUNÇÃO FERREIRA, 2014).

Desse modo, a subjetividade e a dignidade humanas, tanto dos usuários quanto dos trabalhadores da saúde, devem ser enfatizadas como um direito inalienável. Neste contexto, todos os sujeitos podem ampliar suas ações para além de um trabalho técnico e hierarquizado, para um trabalho com interação social, com maior “horizontalidade e flexibilidade” dos diferentes saberes, com maior possibilidade de criatividade dos agentes e maior integração da equipe (COELHO e JORGE, 2009; DA SILVA e DE ASSUNÇÃO FERREIRA, 2014).

É oportuno mencionar que tecnologias leves do cuidado têm sido utilizadas com sucesso no Programa Saúde da Família (PSF) (COELHO e JORGE, 2009; DE SOUSA *et al.*, 2017). Este sucesso tem sido atribuído ao fato que o uso de tecnologias do cuidado favorece o trabalho em equipe com a contribuição dos diferentes saberes (COELHO e JORGE, 2009; GOES *et al.*, 2016).

Assim, o cuidado e a tecnologia possuem ações que fazem com que a atenção ao idoso seja fruto de trabalho integrado, contextualizado, sistematizado e organizado cientificamente, favorecendo a vida, o conforto e o bem-estar (PAVARINI *et al.*, 2005; GERLACK *et al.*, 2010; SANTOS, 2010; DE ALMEIDA *et al.*, 2011).

Na área de garantia do dever de cuidado do idoso, entendemos que a tecnologia do cuidado pode exercer um papel importante como instrumentalizador do princípio da dignidade da pessoa humana (BAGGIO *et al.*, 2010; GOES *et al.*, 2016; DE SOUSA *et al.*, 2017). Em especial, pelo fato de que a detecção e/ou suspeição de algum tipo de violência ou do descumprimento do dever de cuidado para com o idoso implica na tomada de atitude responsável do profissional. O termo responsabilidade aqui empregado indica a capacidade individual de assumir as consequências das suas próprias ações e omissões (KOERICH *et al.*, 2006).

Assim sendo, a concretização de direitos e garantias dos idosos requer que os profissionais sejam capazes de perceber a multicausalidade dos processos de diversas áreas, como vinculada a fatores físicos, mentais ou sociais, individuais ou coletivos, contextualizando o indivíduo em seu ambiente, além de estarem voltados à criação de novos valores de forma interdisciplinar (SANTIN e BOROWSKI, 2008; GERLACK *et al.*, 2010). Deste modo, ações de educação permanente podem proporcionar ao profissional a reflexão sobre sua realidade, permitindo problematizar o processo de cuidar em sua prática cotidiana (MICCAS e DA SILVA BATISTA, 2014).

4.1. Experiências de tecnologias do cuidado e da educação permanente em saúde

Segundo percorrido em linhas supracitadas, a tecnologia não representa uma inovação, mas o ponto de partida para interação das demais espécies de tecnologia, ou seja, é inconcebível a utilização de uma tecnologia leve-dura e/ou dura sem a criação de um vínculo afetivo, a qual facilitará a parceria entre os envolvidos (BAGGIO *et al.*, 2010; DA SILVA e DE ASSUNÇÃO FERREIRA, 2014). Assim, o cuidado vem destacando como uma tecnologia expressiva ao

dever de cuidado para com o idoso pelo fato de fortalecer vínculos afetivos e facilitar parceria entre os envolvidos por meio de uma intervenção coletiva, a qual delimita as necessidades desse sujeito, idoso (NOGUEIRA *et al.*, 2016).

Diante disso, diversas experiências podem ser apontadas para ratificar que o cuidado como tecnologia foi um indicador de qualidade na relação idoso e profissionais da saúde. A tecnologia de cuidado para idoso tem sido empregada em diferentes contextos do ciclo de vida, como entre idosos na polifarmácia; na prevenção de quedas; no atendimento humanizado na atenção básica; em teste de memória; no monitoramento da pressão arterial, na odontologia para atendimento de pacientes especiais e na prevenção da gravidez na adolescência do mesmo modo para outras áreas como na educação ambiental e como apoio na formação de profissionais (

Quadro 1).

A prática de criação de vínculo permeada pela escuta e acolhimento contribuiu para a satisfação do usuário/paciente como indicador de qualidade, a partir das expectativas e experiências vivenciadas pelos idosos. Deste modo, a formação de recurso tecnológico leve – o cuidado – permitiu que as ações fossem mais acolhedoras e com isso, resolutivas (GOES *et al.*, 2016; NOGUEIRA *et al.*, 2016).

Ademais, os estudos indicam que o cuidado como tecnologia favorece a criação de novos saberes ao idoso envolvido nessa relação de acolhimento, ou seja, proporciona ao idoso aprender diversos assuntos, compreende do lazer até a sua independência, favorecendo na transformação dos hábitos e fortalecimento da autonomia do idoso (DA SILVA e DE ASSUNÇÃO FERREIRA, 2014).

Quadro 1 - Experiências com o uso de tecnologias no cuidado e na educação permanente.

CUIDADO	
(DE SOUSA <i>et al.</i> , 2017)	Tecnologia de cuidado para os idosos em uso de polifarmácia
(NOGUEIRA <i>et al.</i> , 2016)	Intervenção domiciliar
(GOES <i>et al.</i> , 2016)	Tecnologia cuidativo-educacional de enfermagem
(CAMPOS <i>et al.</i> , 2017)	Capacitação de idosos na prevenção de quedas domiciliares utilizando tecnologias da informação e comunicação
(COELHO e JORGE, 2009)	Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo
(LOPES <i>et al.</i> , 2008)	Visita domiciliar
(CROSBY <i>et al.</i> , 2017)	Development and evaluation of imanage: A self-management app co-designed by adolescents with sickle cell disease
(BADAWY <i>et al.</i> , 2017)	Text Messaging and Mobile Phone Apps as Interventions to Improve Adherence in Adolescents With Chronic Health Conditions:
(BLÖDT <i>et al.</i> , 2014)	App-based relaxation for patients with chronic low back pain (Relaxback) and chronic neck pain (Relaxneck)
(BOUSQUET <i>et al.</i> , 2016)	Care pathways implementing emerging technologies for predictive medicine in rhinitis and asthma across the life cycle
(CHEN e MANGONE, 2016)	Apps using Mobile Criteria for Adolescent Pregnancy Prevention
(DE LA VEGA <i>et al.</i> , 2014)	Testing of painometer: a smartphone app to assess pain intensity
(JONASSAINT <i>et al.</i> , 2015)	The Sickle Cell Disease Mobile Application to Record Symptoms via Technology
(OLIVEIRA <i>et al.</i> , 2016)	Tabacoquest app for computerization of data collection on smoking in psychiatric nursing
(SETO <i>et al.</i> , 2016)	Models of Individual Dietary Behavior Based on Smartphone Data
(STINSON <i>et al.</i> , 2014)	User-centred design of a web- and mobile-based self-management program for youth with chronic pain based on identified health care needs
(ZIMMER <i>et al.</i> , 2013)	Aplicativo móvel para treino de memória em idosos
EDUCAÇÃO	
(ABREU <i>et al.</i> , 2017)	Educação ambiental
(GALVÃO e PÜSCHEL, 2012)	Ensino da mensuração da pressão venosa central
(PEREIRA <i>et al.</i> , 2016)	Ensino de sinais vitais
(SANTANA <i>et al.</i> , 2017)	Ensino Área de Terapia Intensiva e sua Aplicabilidade na Enfermagem
(SILVA <i>et al.</i> , 2016)	Indicador de úlcera por pressão
(SOUZA <i>et al.</i> , 2013)	Odontologia para pacientes com necessidades especiais.

Fonte: Autoria Própria, 2018.

Desse modo, diversos estudos sinalizam a contribuição positiva do uso da tecnologia do cuidado na prevenção de riscos, na promoção da qualidade de vida, bem como na motivação e estreitamento de vínculo com usuários/clientes do sistema de saúde (DA SILVA e DE ASSUNÇÃO FERREIRA, 2014; NOGUEIRA *et al.*, 2016). O cuidado em saúde é destacado como uma tecnologia pertinente para obtenção dessa qualidade, fato esse evidenciado nas diversas falas dos idosos, nas pesquisas realizadas (NOGUEIRA *et al.*, 2016; CAMPOS *et al.*, 2017). Desta forma, o cuidado, como ferramenta tecnológica ajuda de forma positiva a qualidade de vida de um idoso, uma vez que esta tecnologia facilita e educa o mesmo (DE SOUSA *et al.*, 2017).

Diante desse contexto, existe a necessidade de divulgar a tecnologia de cuidado não apenas para população idosa, mas também para população em geral, como escopo de prevenir situações mais graves, pois o cuidado é uma medida pública preventiva que melhora a qualidade

de vida do idoso além da diminuição dos gastos com atenção secundária e terciária (CAMPOS *et al.*, 2017).

5 OBJETIVOS

5.1. Objetivo geral

Desenvolver e validar uma tecnologia leve-dura, sob o formato de um aplicativo multimídia em plataforma móvel, para difusão dos conceitos e trâmites relativos à garantia do dever de cuidado com idoso no município de Mossoró-RN.

5.2. Objetivos específicos

- Identificar percepções dos profissionais das diferentes áreas de atenção ao idoso sobre a garantia do dever de cuidado para com o idoso;
- Desenvolver um aplicativo multimídia em plataforma móvel sobre a garantia do dever de cuidado com idoso;
- Realizar validação de aparência e do conteúdo de um aplicativo multimídia em plataforma móvel sobre a garantia do dever de cuidado com idoso.

6. PERCURSO METODOLÓGICO

Pesquisa-ação, também dita de cunho tecnológico, descritiva, longitudinal na modalidade de desenvolvimento de produção tecnológica, qualitativo-quantitativa desenvolvida em fases: diagnóstico situacional; desenvolvimento de protótipo (elaboração das ilustrações, layout, design e textos) e validação (aparente e de conteúdo) de uma tecnologia leve-dura realizada no município de Mossoró-RN no período de junho de 2017 a março de 2018.

6.1. Cenário da pesquisa

O município de Mossoró se localiza no interior do estado do Rio Grande do Norte, situado na mesorregião do Oeste Potiguar, ocupando uma área de aproximadamente 2.100 km², com população estimada de 291.937 habitantes, sendo o segundo mais populoso do Rio Grande do Norte (ficando atrás somente da capital) e o 93º de todo o país (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), 2017) (Figura 1). A escolha por Mossoró ocorreu pelo fato de a pesquisadora residir e trabalhar no referido município, o que facilitou o desenvolvimento da pesquisa. Apesar disso, os problemas existentes traduzem-se para outras realidades brasileiras.

Figura 1 - Posição geográfica do Rio Grande do Norte.

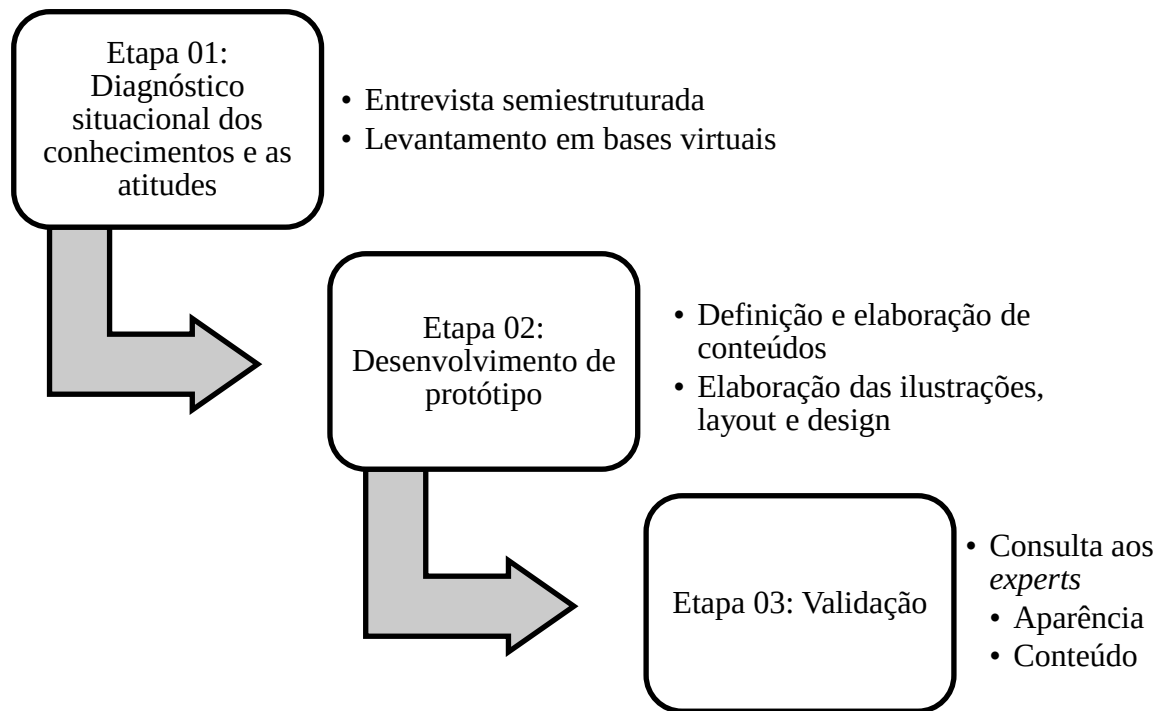


Fonte: IBGE, 2017.

6.2 Etapas

O estudo foi realizado em três etapas, a saber (GALVÃO; PÜSCHEL, 2012; SOUZA et al., 2013; ZIMMER et al., 2013; SILVA et al., 2016) (Figura 2):

Figura 2 - Etapas do estudo.



Fonte: Autoria Própria, 2018.

6.2.1 Etapa 01 - Diagnóstico situacional dos conhecimentos e as ações sobre garantia do dever de cuidado com idoso

O diagnóstico situacional foi realizado em duas etapas, a saber: revisão integrativa e entrevista semiestruturada.

A revisão integrativa teve o escopo de realizar um levantamento dos estudos em relação à temática-objetivo da pesquisa nos portais da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e da Science Direct.

No que concerne a entrevista semiestruturada, esta foi realizada para demonstrar os conhecimentos e atitudes dos profissionais da saúde, direito e assistência social no tocante ao dever de cuidado do idoso.

Portanto, o diagnóstico situacional explicitou toda carência do assunto do dever de cuidado do idoso, bem como a fragilidade da rede do idoso, a qual funcionou de subsídio para o desenvolvimento de um aplicativo que auxiliasse no fortalecimento do assunto.

6.2.1.1 Revisão integrativa

Inicialmente foi realizado levantamento da temática a partir de dados obtidos no Portal BVS e Science Direct. A Biblioteca Virtual em Saúde (<http://bvsalud.org/>) reúne 14 bases de dados bibliográficas em ciências da saúde e na Science Direct (<http://www.sciencedirect.com/>) onde estão disponíveis publicações da Elsevier e de outras editoras científicas, cobrindo as áreas de Ciências Biológicas, Ciências da Saúde, Ciências Agrárias, Ciências Exatas e da Terra, Engenharias, Ciências Sociais Aplicadas, Ciências Humanas e Letras e Artes.

O portal da BVS e a Science Direct possuem acesso livre e gratuito. As bases de dados bibliográficas têm como conteúdo referências de artigos e documentos científicos, com ou sem resumo (LOURENÇO et al., 2012; FABRÍCIO; RODRIGUES, 2016).

6.2.1.1.1 Etapas

Foram realizadas buscas guiadas pelas seguintes questões temáticas: *Quais as informações disponíveis sobre garantia do dever de cuidado do idoso?*

Como critérios de inclusão foram selecionados estudos (artigos ou livros), escrito em português ou espanhol, disponibilizado acesso completo via on line; e de exclusão, conteúdo não relacionado com a questão da pesquisa; título incoerente com o objeto de estudo realizado, aqueles que se encontravam indexados em mais de uma base de dados e baixa qualidade metodológica, como por exemplo, informações importantes metodológicas ausentes, presença de viés, entre outros.

Para tanto, foram utilizados como palavras-chaves: idoso, direito, dever de cuidado. Foram selecionados os estudos publicados nos últimos 5 anos, que estejam disponíveis na íntegra. A pesquisa foi realizada por dois pesquisadores, autores do estudo, de forma cega e isolados, seguida de cruzamento posterior dos achados.

Inicialmente, procedeu-se à leitura dos títulos e resumos dos artigos, com a finalidade de identificar as referências que se adequassem aos critérios pré-estabelecidos.

Após a leitura minuciosa dos estudos, foi possível identificar aspectos relativos à garantia do dever de cuidado com idoso. Em paralelo, estas informações foram cruzadas com as categorias oriundas das categorias temáticas obtidas com as entrevistas realizadas para a estruturação dos conteúdos e organização temática da tecnologia leve-dura.

6.2.1.2 Entrevista semiestruturada

Foram entrevistados através de censo os profissionais do judiciário da comarca de Mossoró/RN, a saber:

- Todos Juízes das varas cíveis, visto que têm competência para processar e julgar demanda relacionada ao dever de cuidado do idoso. Optou-se por não trabalhar com os juízes criminais, tendo em vista que se buscava uma conotação do dever de cuidado mais no âmbito civil;
- Promotor de Justiça do Idoso;
- Todos Defensores Públicos Estaduais das varas cíveis.

Uma amostra de informantes chaves foi obtida entre os profissionais de saúde e assistência social atuantes na rede municipal de Mossoró/RN. Foi utilizada a técnica de amostragem não probabilística, intencional, através de indicação pela Coordenação da Atenção Básica do município.

É oportuno esclarecer que inicialmente a pesquisa ocorreria nas 44 Unidades Básicas de Saúde (UBS) do Município de Mossoró/RN registradas no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES), sendo que 40 funcionam segundo o modelo da Estratégia Saúde da Família (ESF). Entretanto, em visita à Secretária Municipal de Saúde, foi observado que existem 63 equipes do ESF e apenas 08 UBS têm equipe completa da ESF (ANEXO A).

Com isso, as entrevistas foram realizadas nas 08 UBS que tinham equipe completa da ESF³, com intuito de minimizar os ruídos que podem interferir nas questões relacionadas a entrevista por falhas no funcionamento da ESF, equipes incompletas, profissionais não qualificados, dentre outros.

Desta forma, foram entrevistados os seguintes grupos nas UBS, com a correspondente amostragem:

- **Profissionais da assistência social das UBS:** Das 08 (oito) UBS's que foram utilizadas na amostra, apenas cinco tinham assistente social, sendo um por unidade, totalizando 05 (cinco) assistentes sociais entrevistados, com atuação junto a idosos. Ver (ANEXO A);

³ Equipe multiprofissional (equipe de Saúde da Família – eSF) composta por, no mínimo: (I) médico generalista, ou especialista em Saúde da Família, ou médico de Família e Comunidade; (II) enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família; (III) auxiliar ou técnico de enfermagem; e (IV) agentes comunitários de saúde. Podem ser acrescentados a essa composição os profissionais de Saúde Bucal: cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal.

- ***Profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) da Estratégia Saúde da Família (ESF):*** Em cada UBS possui 01 (um) médico e 01(um) enfermeiro da Estratégia Saúde da Família (ESF). Totalizando uma amostra de 08 (oito) médicos e 08 (oito) enfermeiros entrevistados com atuação junto a idosos.

As entrevistas foram conduzidas até a saturação dos dados, que foi detectada pela repetição nas falas dos entrevistados, revelando que os dados se tornaram suficientes para a análise dos achados obtidos.

Figura 3 - Unidades Básicas de Saúde que possuem equipes do Estratégia Saúde da Família (ESF) completas no município de Mossoró-RN.

UNIDADES DE SAÚDE	BAIRRO	EQUIPES ESF
UBS Vereador Lahyre Rosado	Sumaré	2
UBS Nova Vida	Nova Vida	1
UBS Liberdade II	Liberdade II	2
UBS Dom Jaime Câmara	Dom Jaime Câmara	1
UBS Duclécio Antonio de Medeiros	Teimosos	1
UBS Vereador Durval Costa	Walfredo Gurgel	2
UBS Dr. Lucas Benjamim	Abolição III	1
UBS Antônio Camilo	Ilha de Santa Luzia	1

Fonte: Autoria própria, 2017.

Foram excluídos os profissionais de qualquer área que estavam de férias, licença-saúde, licença maternidade, licença paternidade ou que desistiram ao longo da entrevista, sendo-lhes informados de que isso não lhes traria qualquer prejuízo.

Ademais, foram excluídos da amostra os profissionais que não forem encontrados após três tentativas de agendamento da entrevista.

6.2.1.2.1 Coleta de dados

Diante da aquiescência de participação, foram apresentados o termo de consentimento livre e esclarecido (ANEXO II) e o termo de autorização para uso de áudio (ANEXO III), pelo pesquisador, e após a leitura, foi solicitada a assinatura em duas vias.

Nesta etapa foi realizada entrevista semiestruturada (APÊNDICE C), que possibilita ao entrevistado discorrer sobre o tema proposto, sem respostas ou condições pré-estabelecidas pelo pesquisador, com todos os sujeitos do estudo no período de setembro a novembro/2017.

As entrevistas foram agendadas previamente por telefone e realizadas de forma individual com cada profissional de acordo com a disponibilidade, em ambiente tranquilo, com gravação de voz na íntegra através do Sony ICD-PX240. A entrevista teve tempo máximo de duração de 25 minutos e será composta por dois blocos de perguntas. O primeiro bloco incluía variáveis relativas ao perfil sócio-demográfico e profissional do entrevistado. O segundo bloco envolvia as seguintes questões norteadoras, oriundas da experiência pessoal/profissional e levantamento da literatura (APÊNDICE A):

- *Na sua prática profissional, em que situações você presencia desrespeito ou violação do direito do dever de cuidado do idoso?*

- *No seu campo de atuação, que ações você desenvolve para concretizar o direito do dever de cuidado do idoso? Caso não exista ação, você poderia justificar?*
- *O que você entende por garantia do dever de cuidado com idoso?*
- *Na sua opinião, como ocorre a garantia do direito de dever de cuidado do idoso no município de Mossoró/RN? Na sua opinião, o que poderia melhorar a garantia do direito de dever de cuidado do idoso no município de Mossoró/RN?*

De maneira complementar a entrevista, foram tomadas notas em um diário de campo, nas quais a pesquisadora registrará aspectos do ambiente e da relação estabelecida com os entrevistados.

Os dados coletados foram, ao final da pesquisa, armazenados em CD-ROM e caixa arquivo, guardada por no mínimo cinco anos sob a responsabilidade do pesquisador responsável (orientador) no Departamento de Fisioterapia (Departamento da Universidade da Universidade Federal do Ceará – UFC, a qual a professora orientadora é vinculada, a fim de garantir a confidencialidade, a privacidade e a segurança das informações coletadas, e a divulgação dos resultados será feita de forma a não identificar os participantes e o responsável.

6.2.1.2.2 Análise de dados

Foi utilizada a técnica de análise de conteúdo, a qual se define por um conjunto de técnicas de análise de comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, permitindo a inferência de conhecimentos relativos às condições de recepção dessas mensagens (BARDIN, 1991). Para tanto, foram executadas as etapas propostas por Bardin, a saber:

1) Pré-análise

- a) Constituição do corpus (utilizando-se o critério de exaustividade da análise das entrevistas e das anotações do diário de campo).
- b) Leitura flutuante e preparação do material (transcrição na íntegra das gravações).

2) Fase de exploração do material

- a) Leitura transversal de cada entrevista, destacando-se as unidades de registro ou unidades de significação;
- b) Codificação (os recortes realizados por nível semântico, utilizando-se como unidade de registro a unidade temática, com a identificação do entrevistado pela numeração e o local onde se encontra inserido o entrevistado pela denominação “local 01”- poder judiciário e “local 02” – UBS);

- c) Categorização (seguindo a lógica semântica, agrupando-se os temas em categorias temáticas; as quais foram conferidas por dois diferentes membros para determinação da coerência e validação dos agrupamentos);
- d) Inferência e interpretação dos resultados (com base no objetivo do estudo).

Os indivíduos foram identificados somente por codinome de flores a fim de preservar o sigilo.

6.2.2 Etapa 02 - Desenvolvimento de protótipo da tecnologia educativa leve-dura, sob o formato de aplicativo multimídia para plataforma móvel, para favorecimento a garantia do dever de cuidado com idoso.

Um dos métodos mais difundidos mundialmente para o desenvolvimento de tecnologia da informação são o Design Instrucional Sistemático (DIS) e o Design Instrucional Contextualizado (DIC). Neste trabalho, utilizamos o DIC e a DIS. DIC porque a implementação acontece simultaneamente com as etapas de análise/concepção, agregando novos estágios e adicionando maior detalhamento à ferramenta tecnológica. (FONTOURA *et al.*, 2013; BARRA *et al.*, 2017). O uso do DIS é feito em virtude de o método contemplar as etapas de análise, design/desenvolvimento, implementação e avaliação, enfatizando a análise completa e detalhada dos diversos componentes instrucionais que se relacionam, a avaliação integral dos materiais produzidos e o refinamento/atualização do conteúdo/instrução ao longo de todo o processo de desenvolvimento da ferramenta tecnológica (CERVELIN, 2013).

A partir deste momento, foi selecionado, de forma intencional, um grupo denominado de *grupo de criação*, que será composto por 01 advogado, 01 profissional da saúde e 01 profissional da área de comunicação social selecionados de forma intencional e que formularam os textos que comporão a tecnologia educativa na modalidade leve-dura, entendendo que se trata de uma tecnologia não física (leve) sustentada nas ciências comportamentais a partir dos saberes estruturados (COELHO e JORGE, 2009).

6.2.2.1 Processo de criação

O processo de criação do layout foi realizado por um designer especializado. Foi uma busca por ilustrações que se adequem ao conteúdo do material, de modo a representar, de forma fidedigna, as informações pretendidas.

Para a construção do nome do aplicativo utilizou-se o Acronym Creator, ferramenta online gratuita que permite a criação de siglas e acrônimos disponível em <http://acronymcreator.net/ace.py>

Para seleção das imagens utilizou-se o site Pixabay (<https://pixabay.com/pt/>) cujas imagens são liberadas e livres de direitos autorais sob *Creative Commons* CC0.

A terceira fase desta etapa foi a edição e diagramação do conteúdo, obedecendo a critérios relacionados ao conteúdo, estrutura/organização, linguagem, layout e design, sensibilidade cultural e adequação ao público-alvo.

Para a criação serão utilizados o *Adobe Illustrator*®, um editor de imagens vetoriais desenvolvido e comercializado pela *Adobe Systems*, e o *CorelDRAW*®, um programa de desenho vetorial bidimensional para design gráfico desenvolvido pela *Corel Corporation*, Canadá.

O *Adobe Illustrator*® e o *CorelDRAW*® são capazes de gerenciar fotos, textos, fontes e vetores; possuem efeitos de sombra, preenchimentos e transparências com diversos recursos, além de permitir salvar/exportar a arte em diversos formatos como: JPG, EPS, PDF, TIFF.

Para a construção do aplicativo, uma pesquisa foi necessária para saber qual seria a plataforma mais viável de acordo com as limitações financeiras do projeto. Chegou-se à conclusão de que nesta etapa seria mais importante que o desenvolvimento do *layout*, organização das informações, produção de mídia imagética e assim foi feito, utilizando-se da possibilidade de acoplar um site ao aplicativo. Deste modo, para desenvolvimento da plataforma móvel, optou-se pelo sistema Android® (Google, Estados Unidos), pois é de fácil disseminação, podendo ser utilizado em diversos tipos de dispositivos (smartphone, tablet e computador). Para o design gráfico, optou-se pelo uso do site Fábrica de Aplicativos (www.fabricadeaplicativos.com.br) que possui disponibilidade gratuita e dispensa programação e sem nenhuma linha de código.

Por fim, o protótipo do Aplicativo Multimídia em plataforma móvel criado foi disponibilizado para download gratuito no world wide web (<http://www.app.vc/euvoceeadm1>) através de um sistema de documentos em hipermídia interligados e executados através de qualquer navegador.

6.2.3 Etapa 03: Validação da tecnologia educativa leve-dura, sob o formato de aplicativo multimídia para plataforma móvel para favorecimento a garantia do dever de cuidado com idoso

A etapa final foi desenvolvida por um grupo denominado Comitê de *experts* composto por juristas, assistentes sociais, enfermeiros, profissionais da área de letras e profissionais da área de comunicação social/design que farão a análise da organização, estilo da escrita, aparência e motivação da tecnologia produzida através da técnica Delphi através da avaliação de expert (GUAL LLORENS *et al.*, 2014; LONG *et al.*, 2016; MONFORT-PAÑEGO *et al.*, 2016).

6.2.3.1 Seleção dos *experts*

Foi considerado *expert* o indivíduo que apresente capacidade adquirida por alto grau de conhecimento, habilidade e/ou ampla experiência na temática, bem como ter trabalhos científicos publicados sobre direito, idoso, construção de material de educação, comunicação e informação.

Para identificação dos *experts* foi realizada amostragem não probabilística do tipo bola de neve, para um total de cinco a quinze profissionais. Ressalta-se que o número ímpar de *experts* foi essencial para evitar empates nas opiniões durante o processo de validação (GUAL LLORENS *et al.*, 2014; LONG *et al.*, 2016; MONFORT-PAÑEGO *et al.*, 2016).

Os *experts* foram convidados a participar da avaliação do app através de carta convite seguida de concordância através de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Ao aceitarem, foi encaminhado via eletrônica o link do app, o formulário de avaliação e instruções específicas sobre o manuseio do app. Ressalta-se que a presente pesquisa envolve o desenvolvimento de um produto tecnológico, sem a possibilidade de identificação dos participantes (juízes) da pesquisa.

Após isto, foi solicitado o preenchimento da identificação do perfil dos *experts* (APENDICE C), por fim, foi entregue uma ficha de avaliação que contém os aspectos relativos ao conteúdo, linguagem e aparência a serem avaliados no protótipo (APENDICE D).

6.2.3.2 Coleta de dados

Nesta etapa não foi feita uma divisão entre experts de conteúdo, linguagem e aparência, tendo em vista que a avaliação por diferentes profissionais é a ocasião em que realmente se pode dizer que o trabalho está sendo feito em equipe, valorizando diferentes perspectivas sobre o mesmo foco. Inicialmente, os profissionais foram contatados e foi explicado o processo de análise da tecnologia educativa na modalidade leve-dura.

Também foi solicitado que, caso não compreendam alguma questão ou caso a linguagem não pareça adequada, anotem suas observações, justificando e dando sugestões. Ao final foram feitas as adequações sugeridas pelos especialistas, de acordo com o nível de concordância.

Para validação de protótipo de tecnologia educativa foi utilizado um instrumento de avaliação adaptado da rubrica Evaluación Apps educativas elaborado por María Pilar Urbano Barco e Luís Escobar Timón, disponível em <http://corubric.com/index.php?r=public-rubric> do Grupo de Investigación en Enseñanza de la Ciencias y Competencias (ENCIC). O primeiro autor do projeto entrou em contato com o idealizador do ACSS, obtendo sua autorização e os direitos para o uso do instrumento.

O objetivo do uso desta ferramenta decorreu da necessidade de gerar expectativas e quantificar a avaliação de maneira clara, honesta e rica em informação (NOVAK *et al.*, 2013).

As rubricas são instrumentos utilizados por meio de critérios de competências e habilidades, no sentido de avaliar indivíduos, ferramentas e interações que ocorrem em ambientes de aprendizagem na Internet, ou seja, é um sistema de classificação detalhada dos níveis de qualidade ou desempenho de um produto, determinando a proficiência de cada critério (GRAYMAN *et al.*, 2005). Neste estudo, a rubrica possuía as seguintes características específicas: facilidade, objetividade, granularidade, gradativa, transparência e herança (NOVAK *et al.*, 2013).

Os formulários de avaliação continham perguntas relacionadas aos aspectos conteúdo, linguagem e aparência, recursos específicos do app e interface, sendo as possibilidades de respostas baseadas em escala de Likert10: Discordo inteiramente = 1/péssimo, que significava item dispensável ou indisponível; Discordo = 2/ruim, informação pouco relevante para temática, mas se sofrer alterações pode ser relevante; Concordo = 3/bom, informação relevante, mas confusa e Concordo inteiramente = 4/excelente, informação extremamente relevante e indispensável no aplicativo. Após cada questão, havia um quadro onde podiam adicionar sugestões para melhora do aplicativo.

Foram aplicados instrumentos de coleta de dados, desenvolvido no pacote de aplicativos do Google baseado em AJAX, que funciona totalmente on-line.

6.2.3.3 Análise de dados

Inicialmente, realizou-se o *download* do banco de dados em formato Microsoft Office Excel 2010® for Windows 2010 (Microsoft Corporation; Redmond, WA, USA). A seguir, o banco foi padronizado, tendo sido analisada a consistência interna. As análises estatísticas foram realizadas utilizando o *software* SPSS® (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 20®.

Para análise de possíveis divergências entre as frequências observadas e esperadas de cada núcleo foi utilizado o teste Wilcoxon. A análise do índice de Kappa foi feita através do programa Quick Cals©2017 da GraphPad Software, Inc. através do link <http://graphpad.com/quickcalcs/kappa1/> versão 11.0, adotando como significância estatística o valor de $p < 0,05$. Na análise de concordância, optou-se por agrupar as respostas de acordo com a concordância de Kappa (Figura 4).

Figura 4 – Classificação de Kappa.

VALORES DE KAPPA	INTERPRETAÇÃO
<0	Nenhuma concordância
0-0,19	Pobre concordância
0.20-0,39	Concordância Justa
0.40-0,59	Moderada concordância
0.60-0,79	Concordância forte
0.80-1,00	Concordância quase perfeita

Fonte: Landis JR, Koch GG, 1977.

6.3 Aspectos éticos

O estudo seguiu os aspectos éticos que envolvem a pesquisa com seres humanos, com garantia de confiabilidade, do anonimato, da não utilização das informações em prejuízo dos indivíduos e do emprego das informações somente para fins previstos na pesquisa, bem como a liberdade de participação, a integridade do participante da pesquisa e a preservação dos dados que possam identificá-lo, garantindo, especialmente, a privacidade, sigilo e confidencialidade. Para garantir o anonimato, os participantes serão identificados nas entrevistas e no diário de campo pela letra E, seguida pelo número correspondente à ordem de realização da entrevista.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em pesquisa da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN) sob o protocolo 2.292.854 e seguiu as normas da resolução 466/12 e 510/16 do Conselho Nacional de Saúde, que envolve pesquisa com seres humanos.

A participação dos sujeitos na pesquisa foi voluntária. Os sujeitos não receberam nenhuma forma de pagamento/ressarcimento para participar do estudo e caso venham a contrair danos em decorrência deste estudo e podendo ser comprovado, será indenizado por responsabilidade do pesquisador responsável.

Os riscos previstos seriam de constrangimento dos profissionais entrevistados e da quebra de sigilo de informações coletadas, porém o constrangimento será dirimido com a aplicação do instrumento de coleta de dados de forma individual e todo o cuidado para garantir do sigilo das informações serão tomados, não sendo revelados nem divulgados os nomes dos participantes, tendo, inclusive, sua identidade resguardada, e os profissionais serão identificados na pesquisa através de letras e números.

Os benefícios do estudo estão em poder fornecer informações que poderão ser utilizadas como contribuição para garantia do dever de cuidado com idoso no município de Mossoró-RN.

7. RESULTADOS E DISCUSSÕES

As Tecnologias da Informação e Comunicação (TICs), além de possibilitar a divulgação, disseminação e atualização do conhecimento na área da saúde, podem apoiar a tomada de decisão dos profissionais, contribuindo com a elaboração de orientações/conduas qualificadas destinadas aos pacientes/usuários (BARRA *et al.*, 2017).

Outrossim, a TICs trouxe transformações em diversas áreas do saber, podendo destacar a alteração expressiva que essas tecnologias promoveram ao padrão educacional em saúde, pois novas formas de ensinar e aprender foram incrementadas, induzindo ao um novo processo de ensino e aprendizagem (RODRIGUES e PERES, 2013; BADAWY *et al.*, 2017; BADAWY e KUHNS, 2017) Assim, é imprescindível o desenvolvimento de tecnologias com escopo de subsidiar ações promotoras da saúde.

7.1. Idoso e o dever do cuidado: uma revisão integrativa

Para fundamento teórico a fim de subsidiar o desenvolvimento do protótipo do aplicativo multimídia sobre garantia de dever do cuidado para com o idoso foi realizado, inicialmente, um levantamento da produção de conhecimento disponível nas seguintes bases: biblioteca virtual em saúde (BVS) e Science Direct.

Na BVS, quando utilizados os descritores “idoso and dever de cuidado” nas línguas português, inglês e espanhol, de forma isolada e associada foram selecionados 775 estudos. Destes, 269 estavam disponíveis na íntegra, 29 em português ou em espanhol, 6 estudos foram publicados nos últimos 5 anos. Após análise da pertinência, adequação ao tema e os critérios de exclusão, foram selecionados 06 estudos. Após a leitura dos estudos na íntegra foram incluídos 02 estudos.

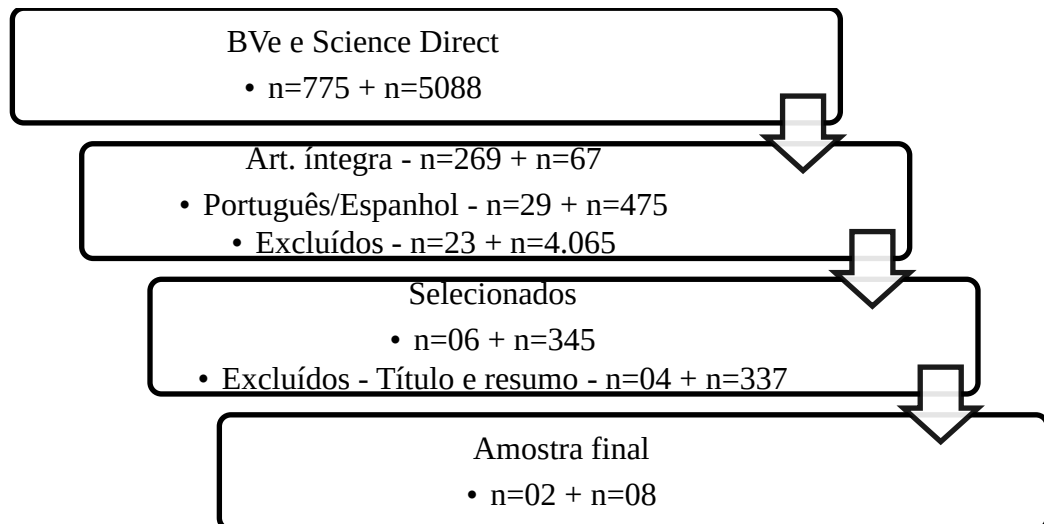
Na Science Direct, quando utilizado os descritores: idoso and dever de cuidado nas línguas português, inglês e espanhol, de forma isolada e associada foram selecionados 5.088 estudos. Destes, 678 estavam disponíveis na íntegra, 203 foram excluídos por não contemplar a língua portuguesa ou espanhola e 130 estudos não foram publicados nos últimos 5 anos. Posteriormente, a análise da pertinência, adequação ao tema e os critérios de exclusão, foram selecionados 345 estudos. Após a leitura dos estudos na íntegra, foram incluídos 08 estudos. (Figura 5).

Dos 351 estudos selecionados após análise da pertinência, adequação ao tema e os critérios de exclusão, foram selecionados 10 estudos, tendo sido publicado entre os anos de

2012 a 2016, em especial nos países da América do Sul e Europa, sendo 06 em espanhol e 02 em português (

Figura 6).

Figura 5 - Levantamento em bases virtuais BVS e Science Direct. Mossoró/RN, 2018.



Fonte: Autoria Própria, 2018.

Figura 6 – Estudos incluídos na amostra. Mossoró/RN, 2018.

Nº	ANO	BASE	IDIOMA	TÍTULO	AUTORES
1	2012	SD	Português	Perspectivas atuais sobre a proteção jurídica da pessoa idosa vítima de violência familiar: contributo para uma investigação em saúde pública.	R. Fonseca, I. et al
2	2012	SD	Espanhol	Maltrato en el adulto mayor institucionalizado: Realidad e invisibilidad	C. EU. Yuly Adams
3	2016	SD	Espanhol	Protocolo de estudio sobre condicionantes de desestabilización física y psicosocial en los mayores	S.B. Ciria, et al.
4	2014	BVS	Espanhol	Los cuidados de salud para los ancianos. Entre las limitaciones presupuestarias y el derecho a un mínimo existencial.	R.Perlingeiro
5	2015	SD	Espanhol	Privatización y bienestar social en el sector de hogares de ancianos en Suecia	E. Accinelli e O. Salas
6	2012	SD	Espanhol	Reflexiones sobre calidad de vida, dignidad y envejecimiento	A.P. Herrera e H.A. Guzmán
7	2012	SD	Espanhol	Hijos adultos mayores al cuidado de sus padres, un fenómeno reciente	P.B. Zegers
8	2012	SD	Espanhol	Factores asociados a satisfacción vital en una cohorte de adultos mayores de Santiago, Chile	Á. Castillo-Carniglia et al
9	2014	SD	Espanhol	Mujeres mayas: envejecimiento, pobreza y vulnerabilidad	G.V. Valdés e M.C.S. González.
10	2013	BVS	Português	Papel da família em relação ao idoso sob a perspectiva de idosos brasileiros e libaneses	J.W. Faller e S.S. Marcon.

Fonte: Autoria Propria, 2018.

Dos estudos analisados 02 abordam aspectos teórico-conceituais sobre envelhecimento; 03 abordam aspectos teórico-conceituais sobre violência e maus tratos em relação ao idoso; 03 sobre fragilidade e funcionalidade, 02 sobre políticas públicas e ordenamento jurídico (Figura 7).

A quantidade de estudos encontrados, de acordo com o parágrafo anterior, deve-se ao crescimento significativo deste grupo social, a qual atribui uma nova dimensão ao envelhecimento humano, na medida em que exige a reestruturação de instituições centrais da estrutura socioeconômica, como: previdência social, sistema de assistência sociosanitária, mercado de trabalho e o papel do Estado. Essas instituições deverão ser reanalisadas em um contexto de uma nova configuração etária da população (VIEGAS e DE BARROS; FONTE, 2002). Neste sentido, em janeiro de 2010, o Comitê Consultivo do Conselho de Direitos Humanos das Nações Unidas publicou a necessidade de uma abordagem de direitos humanos e de um mecanismo efetivo das Nações Unidas para os direitos humanos das pessoas idosas (NOTARI e FRAGOSO, 2011; VERAS, 2012; WILLIG *et al.*, 2012).

Diante dos achados há que se considerar que é necessário compreender que o processo de envelhecimento refere-se às dimensões que ultrapassam o plano individual, coletivo, social e demográfico (DIAS *et al.*, 2011). Assim, o envelhecimento dependerá da evolução das condições demográficas, sociais e econômicas, mas também das reações dos indivíduos às MUDANÇAS que afetam os processos de envelhecimento (DE ALMEIDA *et al.*, 2011; DIAS *et al.*, 2011; Linck e CROSSETTI, 2011; LOURENÇO *et al.*, 2012; VERAS, 2012). Portanto, é imprescindível o desenvolvimento de ações que preparem as pessoas com menos de 60 anos para velhice ativa (HERRERA e GUZMÁN, 2012).

Em virtude disso, é forçosa a edição de instrumentos normativos para tutelar a situação do idoso. Assim sendo, a CF do Brasil, bem como a Constituição da República Portuguesa (CRP), em uma relação comparativa, dispõe os direitos das pessoas idosas. Entretanto, diferente do Brasil e da Espanha, a CRP não disciplina no ordenamento jurídico um quadro específico de proteção à pessoa idosa (FONSECA *et al.*, 2012).

Figura 7 – Objeto de estudo e achados sobre a garantia do dever do cuidado nos estudos incluídos na amostra. Mossoró/RN, 2018.

Nº	OBJETO	ACHADOS
1	Analisar a violência pessoas idosas em contexto familiar.	Não há no ordenamento jurídico português um quadro específico de proteção à pessoa idosa.
2	Analisar os maus tratos dos idosos institucionalizados.	Não existe um programa de prevenção para abuso de idoso institucionalizado.
3	Determinar os fatores relacionados à fragilidade e ao desequilíbrio da estabilidade psicossocial nos idosos residentes na comunidade.	Os aspectos preventivos podem evitar o desenvolvimento subsequente de eventos adversos e uma morte anterior.
4	Examinar os efeitos da realidade das finanças públicas no âmbito legislativo e jurídico de cuidados de saúde para os idosos.	As dificuldades orçamentais e financeiras do poder público não estão extintos dos direitos de saúde, e não anulam a sua exequibilidade e justiciabilidade.
5	Analisar os problemas que surgem em um mercado regulamentado, no tocante aos lares de idosos, no qual o regulador procura maximizar o bem-estar social, quando um operador privado, maximizador de lucro, entra no mercado.	Os idosos preferem manter seu ambiente para mudá-lo, então, embora o serviço oferecido seja de qualidade inferior ao contratado.
6	Analisar os aspectos do envelhecimento em uma tentativa de entender melhor do próprio processo de envelhecimento, as condições, as questões pessoais, familiares, sociais e ambientais que promovam uma velhice digna e qualidade.	Deve ser priorizado o idoso, buscando a satisfação pessoal, bem-estar, qualidade e dignidade da vida. A qualidade de vida do idoso é determinada pela percepção de ter boa saúde, ser capaz de ficar sozinho e ficar ativo. A sociedade tem a obrigação de remover todos os obstáculos que impedir que cada cidadão desenvolva seu próprio projeto de felicidade.
7	Estabelecer as diferenças entre a terceira e a 4ª idade. Apontar os principais desafios enfrentados pelas pessoas em idade avançada. Descrever as expectativas dos idosos. Aludir às vicissitudes que uma família pode enfrentar a fase de envelhecimento.	A qualidade de vida não está estritamente relacionada com a idade, mas refere-se a níveis de funcionalidade e autonomia disponíveis para os idosos e as necessidades de atenção que exige no caso de serem afetados.
8	Avaliar a associação entre a satisfação vital, medido com uma adaptação abreviada de uma escala, com aspectos socioeconômicos e autorrelato do estado de saúde em um grupo de adultos mais velhos de Santiago do Chile, entre os anos 2005 e 2006.	Associação significativa entre satisfação renda e renda vital nos homens, e em ambos os sexos com apoio social. A situação econômica, o apoio social e o estado de saúde estão associados de forma independente com satisfação de vida.
9	Analisar a situação de vulnerabilidade das mulheres idosas no México, em específico, oito em duas comunidades maias, bem como as estratégias das mulheres e suas famílias para enfrentar a pobreza em um contexto de desigualdade social, exclusão e discriminação contra pessoas idosas.	Grau de dependência da família, como ocorre de forma particular com as mulheres, uma vez que enfrentam uma desigualdade de gênero porque durante a vida profissional como empregados não obtiveram uma jubilação.
10	Analisar como as famílias brasileiras e libanesas se organizam e distribuem seus papéis intrafamiliares no processo de envelhecimento de seus membros	A família árabe é tida como um conjunto que representa o âmbito de maior socialização e significado para seus membros. A família brasileira mantém-se unida por laços afetivos e consanguíneos. O carinho e o afeto aos mais velhos refletem o respeito e a obediência a eles.

Ressalta que a necessidade de um diploma legal específico para proteção do idoso, deve-se à crescente situação de violência/maus tratos com idoso, apesar, de muitas vezes, não quererem reconhecer vítimas de violência por medo de represálias. No tocante à violência, conforme exposto e esmiuçado no referencial teórico, essa se encontra categorizada em sete grupos que abrangem as mais diversas atitudes caracterizadoras da violência, que são: física, psicológica, sexual, financeira, abandono, negligência e a violência intrafamiliar. Por isto, a violência com o idoso é considerada um problema de Saúde Pública. (BOVER *et al.*, 2003) (A. BOVER, 2003; COELHO *et al.*, 2014).

Deste modo, estas situações configuram a violência contra as pessoas idosas como um ato único ou repetido, ou a falta de uma ação apropriada, que ocorre no âmbito de qualquer relacionamento onde haja uma expectativa de confiança, que cause mal ou aflição a uma pessoa mais velha (BOVER *et al.*, 2003; ADAMS, 2012; FONSECA *et al.*, 2012).

O combate à violência contra o idoso pressupõe erradicar o estereótipo da velhice presente na sociedade (HERRERA e GUZMÁN, 2012). Além de romper as limitações culturais, de forma a desenvolver novas estratégias para a prestação do cuidado (VALDÉS e GONZÁLEZ, 2014). Destarte, há que se reconhecer que o envelhecimento patológico aumenta a vulnerabilidade das pessoas mais velhas diminuindo suas faculdades físicas, sua autonomia econômica ou sua força para trabalhar em casa e cuidar de si mesmos afetados (ZEGERS, 2012).

Para demonstrar o que declara os especialistas, esta pesquisa localizou estudos que propõe estratégias diferenciadas, desde coletivas-sociais, de pesquisa e formação de pessoal, bem como de saúde e assistência social. Dentre os estudos analisados, 07 abordam e apontam estratégias coletivas para ampliar e ou favorecer a garantia do dever do cuidado e 07 apontam estratégias de pesquisa e formação de pessoal (Figura 8), 06 versam sobre estratégias para o setor saúde e 05 para a assistência social (Figura 9). É oportuno informar que têm estudos que incluem as quatro abordagens.

Figura 8 – Estratégias coletivas para ampliar e/ou favorecer a garantia do dever do cuidado e estratégias de pesquisa e formação de pessoal nos estudos incluídos na amostra. Mossoró/RN, 2018.

Nº	ESTRATÉGIAS	
	COLETIVAS	PESQUISA E FORMAÇÃO DE PESSOAL
1	Quadro operacional que corresponde à terminologia adotada na literatura relativa a condutas de violência a linguagem jurídico-legal dos crimes tipificados na lei portuguesa.	Estudos para criar legislação específica para o idoso. Promover a educação dos profissionais envolvidos e da comunidade em geral no que se refere aos maus-tratos e violência contra as pessoas idosas.
2		Estudos para detectar os fatores de risco, para fragilidade psicossocial.
3	Inclusão da saúde dos idosos nas políticas públicas. Proibição de qualquer discriminação baseada na idade.	Formação de recursos humanos especializados.
4	Criação de mecanismo de controle eficiente, como aplicação de multa por violação das cláusulas do contrato de concessão de serviço público, para assegurar a qualidade e a satisfação da prestação dos serviços público de bem-estar do idoso.	
5	Erradicar o esteriótipo da velhice presente na sociedade.	Preparar os profissionais da saúde para incentivar o idoso para uma velhice digna e feliz.
6	Uso de estudos para direcionamento de políticas públicas de saúde.	Estudos para avaliar a direção temporal bem como as implicações.
7	Criação de uma nova modalidade de desenvolvimento que introduz mudanças importantes para a população idosa.	Conhecimento das redes sociais, como é o caso da rede familiar.
8	Romper as limitações culturais, de forma a desenvolver novas estratégias para a prestação do cuidado.	Conhecer o indivíduo em sua totalidade, considerar suas especificidades.

Fonte: Autoria Própria, 2018.

Diante do que foi exposto, constata que a variabilidade do desenvolvimento humano propõe três trajetórias do envelhecimento humano: normal, patológica e saudável. O envelhecimento saudável prioriza baixo risco de doenças e de incapacidades funcionais relacionadas às doenças; funcionamento mental e físico excelentes; e envolvimento ativo com a vida. Ao passo que o envelhecimento patológico relaciona-se com a fragilidade vivenciada pelo idoso no processo de envelhecimento (CUPERTINO *et al.*, 2007; NUNES *et al.*, 2015).

Por isso, os cuidados de saúde para idosos foram reconhecidos no âmbito jurídico como direitos fundamentais, ligado aos princípios da dignidade. E nessa temática dos cuidados com o idoso, os profissionais da área da saúde têm contribuição relevante para prevenção da tal ilícito (FALEIROS, 2007; FERNÁNDEZ-ALONSO, 2016).

Figura 9 – Estratégias saúde e assistência social propostas para a garantia do dever dos cuidados nos estudos incluídos na amostra. Mossoró/RN, 2018.

Nº	ESTRATÉGIAS PROPOSTAS	
	SAÚDE	ASSISTÊNCIA SOCIAL
1	Disseminar boas práticas entre os profissionais envolvidos na rede de amparo ao idoso para evitar a prática da violência.	Disseminar boas práticas entre os profissionais envolvidos na rede de amparo ao idoso para evitar a prática da violência.
2	Criação de um programa de prevenção contra abuso de idosos institucionalizados.	Criação de um programa de prevenção contra abuso de idosos institucionalizados.
3	Criação de um programa de prevenção para redução da fragilidade e eventos adversos associados (institucionalização, mortalidade, etc.).	
4	Existência de ambulatórios, hospitais diurnos. Cuidado em clínicas geriátricas. Assistência domiciliária. Diminuir a necessidade de hospitalização.	
6	Preparar as pessoas com menos de 60 anos para velhice ativa.	Preparar as pessoas com menos de 60 anos para velhice ativa.
7	Criar demandas adaptativas para permanência de um idoso ativo.	Criar demandas adaptativas para permanência de um idoso ativo.

Fonte: Autoria Própria, 2018.

Ademais, o idoso frágil deve ser compreendido como prioridade, uma vez que demanda maior necessidade de cuidado, não somente em termo de tratamento clínico e assistencial, mas também na implementação de políticas públicas e de ações de prevenções de doenças, bem como efetividade dos direitos assegurados, promoção de saúde a população de forma integral e resolutiva (PAZ *et al.*, 2006; LINCK e CROSSETTI, 2011).

Por isso, é necessária, diante do contexto atual do idoso, a efetivação da lei que tutela esse sujeito, bem como das estratégias no campo da saúde e da assistência social. Para tanto, é imprescindível conscientizar a comunidade sobre a conotação positiva da velhice e a consciência da existência de maus-tratos contra os idosos (BOVER *et al.*, 2003), bem como criar ou reforçar iniciativas que promovam e sustentem o cuidado com o idoso (BOVER *et al.*, 2003) e efetivar a proibição de qualquer discriminação baseada na idade (PERLINGEIRO, 2014). Para tanto, tem sido sugerida a criação de programas de prevenção para redução da fragilidade e eventos adversos associados (institucionalização, mortalidade, etc.) (ADAMS, 2012).

As estratégias de pesquisa e formação de pessoal propostas têm sido apontadas como elementos importantes na prevenção e combate a violência contra idoso e envolvem detectar e prevenir maus-tratos de idosos (BOVER *et al.*, 2003), desenvolvimento de legislação específica para o idoso, bem como promover a educação dos profissionais envolvidos e da comunidade em geral no que se refere aos maus-tratos e violência contra as pessoas idosas

(FONSECA *et al.*, 2012), formação de recursos humanos especializados (PERLINGEIRO, 2014) e desenvolvimento de estudos para detectar os fatores de risco dos idosos e do cuidador (VERAS, 2012)

Há que se destacar que as dificuldades orçamentarias e financeiras do poder público não estão extintos dos direitos de saúde e não anulam a sua exequibilidade e justiciabilidade (PERLINGEIRO, 2014). Além disso, a sociedade tem a obrigação de remover todos os obstáculos que impedirem que cada cidadão desenvolva seu próprio projeto de felicidade (HERRERA e GUZMÁN, 2012). Para tanto, deve desenvolver canais para modificar os fatores de risco além de garantir a inclusão da saúde dos idosos nas políticas públicas garantindo assim o princípio da autorrealização (FERNÁNDEZ-ALONSO, 2016).

Salienta-se o princípio da autorrealização, que afirma que as pessoas idosas devem aproveitar a oportunidade de desenvolver plenamente os seus potenciais, mediante o acesso aos recursos educativos, culturais, espirituais e recreativos da sociedade (DANTAS e DE SOUZA, 2011; DE OLIVEIRA FERNANDES e SOARES, 2012; VERAS, 2012; WILLIG *et al.*, 2012). Neste sentido, faz-se importante o fortalecimento da rede social, apoio social ou rede de apoio social pode ser entendida como aquilo com que o sujeito interage, tudo que faz parte da rede relacional dos indivíduos, ou qualquer informação e/ou auxílio material oferecidos por grupos e/ou pessoas, com os quais se têm contatos sistemáticos e que resultam em efeitos emocionais e/ou comportamentais positivos (DE SOUZA *et al.*, 2008).

No Brasil, o direito à saúde passa pelo acesso universal e equânime aos serviços e ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com garantia da integralidade da atenção, considerando as diferentes realidades e necessidades de saúde da população (BRASIL, 1988) (CARVALHO e SANTOS, 1995; DE OLIVEIRA FERNANDES e SOARES, 2012; WILLIG *et al.*, 2012). Considerando que a PNSPI, regulamentada em 2006, indica a integração do conceito de envelhecimento ativo, preconizado pela Organização Mundial da Saúde, faz-se necessária a formação continuada de profissionais de saúde e assistência social, na consideração da participação dos idosos na vida social (WILLIG *et al.*, 2012).

Por outro lado, considera-se que a violência com idoso inclui tanto no âmbito familiar como nas instituições de longa permanência. A violência com idosos institucionalizados está associada à possibilidade de pessoas jurídicas privadas de oferecer serviços públicos, que nem sempre implicam em melhoria para o bem-estar social. Adams assevera que a questão do abuso nas instituições é um desafio para a sociedade e não apenas as instituições envolvidas (ADAMS, 2012).

Desse modo, concerne ao Estado a criação de mecanismo de controle eficiente, como aplicação de multa por violação das cláusulas do contrato de concessão de serviço público, com intuito de assegurar a qualidade e a satisfação da prestação dos serviços públicos de bem-estar do idoso (ACCINELLI e SALAS, 2015), além da criação de um programa de prevenção contra abuso de idosos institucionalizados (ADAMS, 2012).

As estratégias saúde e assistência social propostas para a garantia do dever do cuidado incluem atividades de promoção, em visão interdisciplinar (BOVER *et al.*, 2003), a disseminação de boas práticas entre os profissionais envolvidos na rede de amparo ao idoso para evitar a prática da violência (FONSECA *et al.*, 2012), além do desenvolvimento de programas de assistência social para idosos (ADAMS, 2012), seja pelo desenvolvimento do cuidado em clínicas geriátricas ou pela assistência domiciliar (PERLINGEIRO, 2014), assim como a criação de demandas adaptativas para permanência de um idoso ativo (ZEGERS, 2012).

Perante o exposto, depreende-se que a temática dever de cuidado do idoso é de suma importância diante do contexto atual, uma vez que é um grupo em crescente contingente e que se encontra amparado por um sistema (a atuação da saúde, assistência social e do direito/jurídico) ainda incipiente e ineficiente. Tal alegação é ratificada pela escassez de artigos/estudos achados na presente revisão integrativa.

7.2. Percepções dos profissionais das diferentes áreas de atenção ao idoso sobre a garantia do dever de cuidado para com o idoso

A sociedade apresenta um conjunto de objetos, bens e serviços que adquirem vivência através das estruturas culturais, as quais transformam a vida e as relações sociais (BARBOSA, 2006). A expansão dessas estruturas obriga a uma investigação sobre o seu potencial no processo ensino e aprendizagem (MOURA, 2009) e na intervenção do comportamento preventivo em saúde (CHERSICH *et al.*, 2013).

Diante disso, as entrevistas foram aplicadas nos órgãos do Poder Judiciário denominados de local 01 e nas UBS denominadas de local 02. No local 01, o número total de profissionais a serem entrevistados eram de 10 (dez) profissionais, apenas 05 concederam a entrevista, dos profissionais que não participaram da entrevista um estava em férias e os outros não aceitaram participar na pesquisa. Ao passo que no local 02 seriam 23 (vinte três) entrevistados, 09 (nove) não foram entrevistados por estarem de férias, inexistindo recusa de entrevista nesse local. Há que se destacar que existiram UBS's que embora possuíssem mais de

uma equipe de ESF, só concederam uma equipe para entrevista para não afetar a rotina do serviço. Contudo, existiam profissionais que atuavam em duas equipes.

Tabela 1 - Descrição dos entrevistados. Mossoró/RN, 2018.

Características	N	%
Sexo		
Feminino	14	73,7
Masculino	5	26,3
Formação		
<i>Área de formação</i>		
Direito	5	26,3
Enfermagem	6	31,6
Medicina	4	21,1
Serviço social	4	21,1
<i>Tempo de formação</i>		
Até 10 anos	4	21,1
11 a 20 anos	10	52,6
Mais de 20 anos	5	26,3
<i>Pós-graduação</i>		
Cursou especialização	17	89,5
Cursou mestrado	3	15,8
Cursou doutorado	1	5,3
Formação em geriatria	1	5,3
Formação em saúde da família	11	57,9

Fonte: Autoria Própria, 2018.

A amostra foi composta majoritariamente por profissionais da enfermagem (31,6%) e do direito (26,3%), do sexo feminino (73,7%), com tempo de formação entre 11 e 20 anos (52,6%). A maioria possui especialização (89,5%) na área de saúde da família (57,9%) e apenas 1 entrevistado tem formação na área de geriatria/gerontologia. Diante da amostra, infere-se que a quantidade de entrevistados é representativa dentro da rede de apoio ao idoso, conforme as diretrizes da PNSPI (BRASIL, 1994; FEDERAL, 2003; SANTIN e BOROWSKI, 2008).

7.2.1 Percepções sobre do dever de cuidado, violação do dever de cuidado e ações para o cumprimento do dever de cuidado

No que concerne à compreensão dos profissionais sobre o dever de cuidado do idoso, em um e outro local cada profissional definiu o dever de cuidado de forma distinta, entretanto duas expressões sobressaíram de forma repetitiva, que foram: garantia dos direitos do idoso e atendimento às necessidades básicas (Quadro 2).

Quadro 2 - Percepções sobre do dever de cuidado com idoso, violação do dever do cuidado e ações para sua garantia.

QUESTÃO	LOCAL	CATEGORIAS INICIAIS	%	CATEGORIAS FINAIS
Dever de cuidado do idoso	01	Garantia de direitos	40,0	<i>Regulamentação Atenção à saúde</i>
	02	Atendimento a necessidades básicas	60,0	
Violação do dever de cuidado	01	Na família por ausência de cuidado.	60,0	<i>Responsabilidade da Família</i>
		No poder público por ausência de estrutura.	40,0	
	02	Na família com a prática de violência (negligência, maus-tratos, falta de cuidado, abandono) contra o idoso.	83,0	<i>Omissão do Estado</i>
		Outros.	17,0	
Ação existente para garantia do cumprimento do dever de cuidado do idoso	01	Sem ação para o idoso.	60,0	<i>Ausência ação</i>
		Ação de mediação familiar.	20,0	
		Ação de prioridade processual.	20,0	<i>Ação ampla social</i>
	02	Encaminhamento ao Ministério Público.	5,25	<i>Ação específica para com o idoso</i>
		Ação de conscientização da família para situação do idoso.	5,25	
		Grupo de idoso.	34,0	
		Sem ação para o idoso.	10,5	
		Visita domiciliar.	45,0	

Fonte: Autoria Própria, 2018.

A expressão garantia do idoso no local 01 vem acompanhada das palavras família e estado, mostrando que essa garantia é um dever da família e do Estado. Ao passo que, no local 02, este vocábulo é seguido apenas da palavra família, indicando que a família tem o dever de assegurar os direitos do idoso, visto que o Estatuto do Idoso, assim como a CF, preconiza que é direito do idoso deve ser exercido pela família, pela sociedade e pelo Estado. Contudo, o local 01 é o teve a percepção mais próxima com o previsto na CF/88. Algumas falas registradas confirmam o alegado anteriormente:

Eu entendo que garantia, que essa garantia seria um... dever que não só a família, mas também o estado e todas as instituições devem ter cuidado de fazer valer as garantias que já são resguardadas pelo estatuto do idoso.

(Begônia, Área do direito, feminino, local 01)

A garantia de dever do cuidado com o idoso ela é o dever que a família tem de cuidar desse idoso.

(Anis, Área da saúde, serviço social, feminino, local 02)

Ademais, no local 01, os entrevistados mencionam atendimento a necessidades básicas de forma ampla. Porém, os entrevistados do local 02 particularizam a referida expressão, de acordo com as falas abaixo transcritas.

É uma coisa bem abrangente, a gente precisa garantir que os idosos tenham os seus direitos, que possam usufruir dos direitos, de ter prioridade nos atendimentos, de ter um cuidador, de ter alimentação, saúde, que muitas vezes as pessoas vão ficando velhas é vão sendo abandonadas mesmo. A gente pode tentar garantir a nossa parte, no caso de atendimento à saúde, eu sei que abrange muito e muito mais coisas, mas precisa ser também resguarda.

(Coreopsis, Área da saúde, enfermagem, feminino, local 02)

São os direitos assegurados por lei que o idoso tem a prioridade desde o atendimento, aos cuidados, a alimentação, da medicação, do cuidado da família, do cuidado com a saúde, ele tem que ter essa gama de fatores que juntos se direcionam para o cuidado.

(Dália, Área da saúde, enfermagem, feminino, local 02)

Veja bem, não é só o dever em si aos direitos do idoso do Estatuto do Idoso, é você se preocupar com a qualidade de vida dele.

(Flor de amendoeira, Área do direito, masculino, local 01).

No que se refere à violação do dever de cuidado, em ambos os locais os profissionais entendem que a violência contra o idoso, que está diretamente ligada à violação do dever de cuidado com idoso, acontece na família, diferenciando-se, apenas, na especificidade da violência, seja como espécie de violação do dever de cuidado à ausência de cuidado, ou a definição de diversas formas de violência contra o idoso, citando a negligência, o abandono, os maus-tratos, dentre outros (Quadro 2).

A violência, maus-tratos, abandono contra os idosos são atos que dizem respeito ao processo de relações sociais que causam danos físicos, mentais e morais ao idoso, bem como a violação dos direitos fundamentais da pessoa humana. A Constituição Federal e o Estatuto do Idoso abordam a obrigação legal e moral de proteção ao idoso, sobretudo quando se tem em vista os tratados internacionais dos quais é signatária. (VIEGAS e DE BARROS; BONAVIDES, 1994; MINAYO e SOUZA, 1997; SAÚDE, M. D., 2002; DAHLBERG e KRUG, 2006; MINAYO, 2006; MORGADO, 2006; OMS, 2015; BONAVIDES, 2016).

Destacam-se as falas que corroboram com esta interpretação sobre a violação do dever de cuidado no âmbito familiar, vejamos:

E não é diferente com o idoso, além de não haver órgãos específicos para cuidar, para acatar assuntos relacionados com a pessoa idosa, os órgãos que atualmente existem, muitas vezes sofrem por falta de estrutura, por falta de profissionais, falta de veículos para permitir o deslocamento dos profissionais para uma assistência domiciliar, de maneira que a maior parte das vezes esses órgãos eles funcionam de forma provocada e em situações mais extremas, situações que fizeram com que vizinhos ou familiares acabassem procurando órgãos para tentar minimizar sofrimento das pessoas idosas.

(Jasmim, Área do direito, masculino, local 01)

A violação do direito do dever de cuidado do idoso acontece no âmbito familiar.

(Flor de lótus, Área do direito, feminino, local 01)

Essa violação a gente visualiza de diversas formas principalmente pela questão da negligência, do abandono e a falta de cuidado, muitas vezes de coisas básicas como a própria alimentação, que muitas vezes a família não tem esse cuidado, a questão da falta de saúde também da doença, e entre outros fatores.

(Helicônia, Área da saúde, serviço social, feminino, local 02)

No que diz respeito específico, a questão do cuidado com idoso é muito comum, lamentavelmente, que os familiares, em situação de conflito, não consigam chegar a um consenso sobre como dividir as responsabilidades. Muitas vezes, um deles, acaba se sobrecarregando muito e outras vezes eles simplesmente são omissos, negligentes, com o cuidado com o idoso. No que diz respeito à questão do poder público, o que nós temos mesmo é uma limitação severa de estrutura. O poder público, em relação a esse tema, falta de estrutura, vem sofrendo isso em praticamente todas as áreas, em que deva para atuar nos direitos, principalmente, social das populações mais vulneráveis.

(Jasmim, Área do direito, masculino, local 01)

Durante consultas na UBS ou visitas domiciliares quando o cuidador não toma cuidados quanto a higiene do idoso e do ambiente em que ele vive; ou negligencia alimentação adequada ou medicamentos (como horário e doses). Além de subestimar os sintomas do idoso (p.ex. tudo é da idade...).

(Hortência, Área da saúde, medicina, feminino, local 02)

Destacam-se as falas que corroboram para esta interpretação sobre a violação do dever de cuidado pela ausência de atuação do Estado, vejamos:

Na nossa prática profissional, as principais situações de violação do direito do dever de cuidado do idoso acontecem no âmbito familiar. No âmbito familiar, costumamos falar que tanto por desinformação como também por falta de estrutura, nós temos um severo problema de distribuição de renda, nós temos um severo problema de educação mesmo, nós temos um problema muito sério hoje em dia, envolvendo o uso de álcool e drogas. Muitas vezes, as pessoas idosas elas são violadas, ou tem seus direitos violados, entre diversas formas imagináveis.

(Jasmim, Área do direito, masculino, local 01)

Eu entendo que essa garantia seria um... dever que não só a família, mas também o estado e todas as instituições devem ter cuidado de fazer valer as garantias que já são resguardadas pelo estatuto do idoso, não é? Mas que a gente sabe que na prática ainda é muito falho, esse... essa... as garantias realmente nem sempre são, chegam até os idosos.

(Flor de amendoira, Área do direito, masculino, local 01).

Em relação aos direitos relacionados com pessoas idosas individualmente consideradas, o Ministério Público atua somente naquelas situações em que o Estatuto do Idoso chama de situação de risco, ou seja, quando o idoso tem algum direito violado, o direito disponível violado, de forma muito intensa, seja por ações de estado ou de um consenso pessoal. Não são, portanto, todos os casos que envolvendo o dever de cuidado que representam ações do Ministério Público. Por exemplo, uma hipótese de abandono afetivo, meramente afetivo, não há atuação do Ministério Público. Quando esse abandono, quando é uma abandono da própria pessoa idosa e que essa pessoa idosa abandonada não tem discernimento ou está em uma situação muito ruim, vulnerável, o Ministério Público atua. Essa atuação se dá extrajudicialmente e se necessário, judicialmente também.

(Begônia, Área do direito, feminino, local 01)

Há uma aparente consonância das percepções dos atores sociais que atuam com o idoso em Mossoró/RN e o arcabouço teórico de violência contra a pessoa idosa. Posto que, de acordo com a Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências, portaria MS/GM nº 737 (SAÚDE, 2001) e a OMS (OMS, 2015) várias são as formas de violências mais praticadas contra a população idosa (VIEGAS e DE BARROS; MINAYO e SOUZA, 1997; SAÚDE, B. S. D. P. D., 2002; SAÚDE, M. D., 2002; MINAYO, 2006; MORGADO, 2006; SAÚDE, 2008b; a; COELHO *et al.*, 2014), destacando-se a violência intrafamiliar, seja pela ação ou omissão; o abandono da pessoa idosa que necessita de proteção e a negligência, seja pela recusa ou a omissão de cuidados.

Depreende-se também, com as entrevistas e com a revisão integrativa, que a violência contra a pessoa idosa é problema de ordem universal, visto que tem evidenciado que idosos de todos os níveis socioeconômicos são vulneráveis às várias formas de violência. (DE JESUS MARTINS *et al.*, 2007; COELHO e JORGE, 2009; GERLACK *et al.*, 2010; CIOSAK *et al.*, 2011; DE OLIVEIRA FERNANDES e SOARES, 2012; VERAS, 2012). Desse modo, para prevenção e enfrentamento do descumprimento do direito dever de cuidado com o idoso, é obrigatório instituir e efetivar estratégias que viabilizem o entendimento, o conhecimento e o cumprimento de política de garantia dos direitos do idoso, bem como o desenvolvimento de ações simples, consistentes e dialogadas entre os profissionais que atuam na rede do idoso. (BONAVIDES, 1994; BRASIL, 1994; FEDERAL, 2003; DE OLIVEIRA FERNANDES e SOARES, 2012; WILLIG *et al.*, 2012).

A literatura menciona algumas estratégias de prevenção da violência contra o idoso, como por exemplo: promover a educação dos profissionais envolvidos e da comunidade no que se refere à violência contra a pessoa idosa; viabilizar o conhecimento da questão do envelhecimento e seus impactos na rede de família e a mobilização da mídia para o tema do envelhecimento e o Estatuto do Idoso. (FONSECA *ET AL.*, 2012; ZEGERS, 2012; PERLINGEIRO, 2014). Há que se destacar que muitas destas estratégias ou são desconhecidas dos profissionais de saúde ou são pouco efetivadas pelo sistema jurídico na cidade de Mossoró.

Quanto às ações criadas para o cumprimento do dever de cuidado do idoso, constata-se que os profissionais entrevistados, em sua maioria, não direcionam ações para o idoso, o que favorece a fragilização mais intensa com o consequente adoecimento desse sujeito (SANTIN e BOROWSKI, 2008; VERAS, 2012). Logo, é necessária a criação de ações integradas entre os profissionais inseridos na rede do idoso para atender essa população que é crescente no Brasil.

7.2.2 Ações existentes para a garantia do dever de cuidado para com o idoso e as ações potenciais

No que se refere às ações conhecidas e/ou praticadas para o cumprimento do dever de cuidado do idoso no município de Mossoró, emanam duas categorias iniciais das falas no local 01 e quatro no local 02, sendo construídas duas categorias finais, a saber: sem ações do município e ações não específicas para o idoso (Quadro 3).

Quadro 3 - Ações existentes e potenciais para garantia do cumprimento do dever do cuidado do idoso no município de Mossoró/RN.

QUESTÃO	LOCAL	CATEGORIAS INICIAIS	%	CATEGORIAS FINAIS
Ações desenvolvidas para garantia do cumprimento do dever do cuidado do idoso no município de Mossoró/RN	01	Não tem conhecimento de ações pelo município.	40,0	<i>Sem ações do município;</i>
		Tem conhecimento, indicando ações genéricas.	60,0	<i>Ações não específicas para o idoso</i>
	02	Município carente de ações para o idoso, não indica as ações.	34,0	
		Não tem conhecimento de ações pelo município.	28,0	
		Tem conhecimento, indicando ações genéricas.	28,0	
		Outros.	10,0	
Sugestões de Ações para melhoria para garantia do cumprimento do dever do cuidado do idoso no município de Mossoró/RN	01	Ações para o idoso na área da saúde, jurídica e social.	60,0	<i>Ações integradas para o idoso;</i>
		Melhoria na estrutura pública com ações interligadas.	40,0	<i>Ações de conscientização e de melhoria.</i>
	02	Ações para conscientização dos direitos do idoso.	23,0	
		Ações para melhoria na atenção básica.	28,0	
		Ações mais eficientes do órgão de proteção ao idoso.	39,0	
		Não sabe responder.	10,0	

Fonte: Autoria Própria, 2018.

Diante disso, verifica-se que o município de Mossoró desenvolve ações não específicas para o idoso, conforme se depreende pelos diálogos a seguir copiados:

O município de Mossoró, assim como outros municípios apresenta certa dificuldade estrutural em lidar com a população idosa. No entanto, nós temos no município

constituído Conselho de Idoso, nós temos o Plantão Social, nós temos a equipe de assistência social que trabalha tanto junto aos órgãos de saúde pública, as unidades básicas de atendimento, como também ao CRAS e ao CREAS que são órgãos que costumam ser acionados para garantir o básico dos direitos da pessoa idosa (...).

(Jasmim, Área do direito, masculino, local 01).

É a gente sabe que existem órgãos de proteção, só que infelizmente muitos casos a gente não ver a resolução, a gente não...

(Lírio, Área da saúde, enfermagem, feminino, local 02).

Eu particularmente vejo muito pobre enquanto a isso, porque como falei o idoso é praticamente esquecido pela sociedade, é tanto assim que ocorrem muitos casos até de suicídio dos próprios idosos, porque eles acabam achando que eles mesmos são um encosto pra família, como pra sociedade de forma geral.

(Miosótis, Área da saúde, medicina, masculino, Local 02).

Eu vejo ainda como falha e demorada, bastante demorada. Porque quando a gente pega um idoso já está em uma situação bem extrema, já necessitando de uma intervenção maior, de um cuidado maior e de uma rapidez maior. A gente teve casos que demoraram anos e anos e foi preciso realmente o idoso afastar de sua esposa se não ele mataria ela(sic) e, no entanto, isso demorou anos e anos, então há quanto tempo essa pessoa vem sofrendo? Tanto a idosa em questão, como o próprio idoso, né? E quantos e quantos casos a gente ver por aí, que as coisas andam lentamente, entendo que tem uma burocracia gigante, mas vejo como muito lenta.

(Petúnia, Área da saúde, enfermagem, feminino, local 02).

Na verdade, eu não tenho conhecimento... e... de se existe algum... alguma política pública aqui com relação ao idoso, não tenho conhecimento. (Begônia, Área do direito, feminino, local 01)

Eu desconheço essa. esse. organograma de referência, se existe serviço, se existe organograma, uma sequência de cuidados, se existe uma equipe responsável por isso. Eu trabalho há 2 anos em Mossoró, eu... eu ouvi pouco falar sobre o cuidado integral de atenção ao idoso. E assim... Acho que seria importante entender como funciona em Mossoró.

(Rosa amarela, Área da saúde, medicina, masculino, local 02).

Ao analisarmos a formação e o discurso dos diversos atores sociais que atuam com o idoso podemos observar que os profissionais entrevistados, em sua maioria, não direcionam ações para o idoso, o que favorece a fragilização mais intensa, com o consequente adoecimento desse sujeito (SANTIN e BOROWSKI, 2008; VERAS, 2012). Outrossim, a atuação disciplinar dos profissionais favorece a ausência de ações específicas para as pessoas idosas. Logo, faz-se necessária uma ação interligada, baseada do diálogo entre os atores sociais inseridos na rede do idoso (PAVARINI *et al.*, 2005; DE JESUS MARTINS *et al.*, 2007; GERLACK *et al.*, 2010).

Ao serem inquiridos sobre que ações, melhorariam a garantia ao dever de cuidado do idoso no município de Mossoró. No local 01, a partir das falas dos profissionais, foram elaboradas duas categorias, e no local 02, quatro categorias. Ao fazer a categorização das respostas emanaram duas categorias finais: Ações integradas para o idoso e ações de conscientização e de melhoria.

Compreende-se que nos locais em que as entrevistas foram realizadas apontam-se ações de melhoria bem distintas, uma vez que no local 01 o maior número de entrevistados afirmou que as ações para o idoso deveriam acontecer nas mais diversas áreas de forma integrada; contudo, no local 02, aponta-se para ações de melhoria nas estruturas que resguardam o idoso, inclusive com atuação mais eficiente do órgão de proteção ao idoso, segundo as entrevistas transcritas:

Uma interligação entre todas as autoridades, que eu penso que elas agem sem comunicação, elas não se comunicam. São várias autoridades que deveriam estar preocupadas com isso e não se comunicam e com isso ele perde, porque quando vem pra judicializar ele já vem pior, a pior situação. Na verdade, além de pensar na judicialização como pensar em última instância e não da forma que está sendo feita.

(Flor de amendoeira, Área do direito, masculino, local 01).

Principalmente uma melhoria na atenção básica. Eu acho que esses serviços que querem implementar fazem com que tenham uma melhoria na porta de entrada, que é atenção básica, e talvez formar e capacitar os próprios funcionários, atuantes na atenção básica para facilitar que o idoso venha a nós, consiga ter um melhor vínculo com os profissionais, e vir em situações de violência ou algum tipo de negligência, ou são vítimas no dia a dia.

(Rosa amarela, Área da saúde, medicina, masculino, local 02)

Que a secretaria de saúde se voltasse mais pra esse programa e junto com os profissionais passar maiores informações pra que viesse a ter resultados mais satisfatórios.

(Tulipa, Área da saúde, enfermagem, masculino, local 02).

Que os encaminhamentos ao órgão de proteção que a gente fizesse mais, mais resolutivo, não realizar, mais efetivo, a resolução. Muitas vezes, a gente faz um encaminhamento e fica esperando, esperando resultado, a situação às vezes até piora e a gente não vê, entendeu? a gente não vê essa procura, não existe essa interação, a gente faz a denúncia, muitas vezes a denúncia parte da unidade de saúde, mas a gente não é acionado pra falar sobre o problema. A prestar esclarecimentos.

(Anis, Área da saúde, enfermagem, feminino, local 02).

O que poderia melhorar pra garantir o dever do cuidado do idoso seria uma resposta mais positiva, mais positiva do órgão de proteção que trabalham diretamente com o idoso.

(Anis, Área da saúde, serviço social, feminino, local 02)

É oportuno esclarecer que o termo órgão de proteção ao idoso presente nas falas das categorias do local 02 concerne ao Ministério Público, o qual possui uma promotoria própria para o idoso. Ocorre que a maioria dos entrevistados do local 02 desconhece as atribuições do Ministério Público, gerando entendimentos errôneos, visto que a promotoria do idoso não tem legitimidade para atuar em toda e qualquer demanda que envolve o idoso, apenas nas demandas de interesses difusos e coletivo deste. Assim como os defensores públicos e juízes têm que atuar distintos, isto é, o primeiro tutela interesses individuais do idoso (ex. um dano moral por abandono dos filhos, ausência de medicação específica, etc.), já o segundo age quando é acionado pelo Ministério Público e/ou Defensoria Pública (BONAVIDES, 2016).

Além disso, as respostas demonstram que os profissionais do local 01 têm uma visão mais ampla e superficial do idoso, enquanto no local 02 se tem uma visão mais restrita e pormenorizada. Essa diferenciação se deve ao fato de os profissionais do local 02 atuarem em contato direto com o idoso, oposto ao local 01, em que os profissionais atuam mediante provocação do idoso (PAVARINI *et al.*, 2005; DE JESUS MARTINS *et al.*, 2007; SANTIN e BOROWSKI, 2008; DE OLIVEIRA FERNANDES e SOARES, 2012).

Assim, o equívoco presente nas respostas do local 02 parece estar relacionado ao fato da ineficiência/escassez de diálogo entre os profissionais de áreas diversas (judiciário, saúde e assistência social) com atuação na pessoa do idoso, o que gera uma lacuna de ações na rede de atenção ao idoso previsto na PNSPI (BRASIL, 1994; NOTARI e FRAGOSO, 2011). Logo, conforme já mencionado nas linhas pretéritas, é necessária a criação de ações integradas entre os profissionais inseridos na rede do idoso para atender essa população que é crescente no Brasil. (VERAS, 2012)

Portanto, os resultados, na ocasião apresentada, retratam a insuficiência de conhecimento e atitudes dos profissionais da rede do idoso. Destaca-se que a ausência de diálogo entre profissionais das diferentes áreas de atenção ao idoso é captada no decorrer da realização das entrevistas. Com isso, verifica-se a relevância do presente trabalho de pesquisa, já que procurará, através da tecnologia a ser desenvolvida, aproximar os profissionais que encontram inseridos na rede do idoso.

7.3. Desenvolvimento de protótipo do aplicativo multimídia em plataforma móvel

Neste estudo, optamos por trabalhar com uma tecnologia leve-dura sob o formato de um aplicativo multimídia em plataforma móvel, tendo em vista que a tecnologia móvel proporciona acesso à informação a qualquer hora e em qualquer lugar para realizar atividades (MARTIN e ERTZBERGER, 2013). As recentes inovações da tecnologia móvel têm centrado, sobretudo na criação de conteúdo digital, especialmente no desenvolvimento de aplicativos para acessar recursos digitais usando dispositivos móveis, que atualmente representam a maioria dos sistemas computadorizados (UNESCO, 2014).

7.3.1 Denominação, objetivos e componentes do aplicativo multimídia em plataforma móvel

O aplicativo foi denominado GruDaDO - *Garantia de direitos do idoso*, a qual tomando por bases os achados da revisão integrativa e as entrevistas foram elaborados os seguintes objetivos educacionais do protótipo:

1. Explicar a noção do dever de cuidado com o Idoso e indicar a repercussão jurídica em caso de descumprimento desse direito;
2. Elencar o marco jurídico que fundamenta os direitos do idoso;
3. Explicar sobre os tipos de violência às quais o idoso está exposto no ambiente familiar;
4. Orientar sobre os trâmites e processos via Ministério Público para efetivação da garantia do dever de cuidado com idoso no município de Mossoró-RN.
5. Espaço de diálogo entre os profissionais que estão inseridos na Rede do Idoso.

Na perspectiva de favorecer o uso do aplicativo estabeleceram-se subsequentes princípios pedagógicos norteadores dos objetivos educacionais, a saber: contextualização, estímulo à autonomia e abordagem reflexivo-crítica (SILVA, 2013).

Para tanto, buscou-se estruturar as necessidades de informação detectadas de uma forma didática e sequenciada. Esta escolha deveu-se ao fato que em um projeto de TIC devemos considerar todos os aspectos: desde técnicos até os psicológicos e socioculturais (AMBROSE e HARRIS, 2012; BARRA *et al.*, 2017).

Por conseguinte, foram escolhidos mídia e desenho da interface, para definição dos tópicos e redação dos módulos, optando pelo o uso de imagens e textos, organizados em tópicos e conectados por hipertextos. As telas têm a mesma identificação visual para simplificar a exploração e a clareza no uso dos botões, comportando, assim, uma navegação mais eficiente do app (GALVÃO e PÜSCHEL, 2012; DA COSTA e LUZ, 2015). Assim, o aplicativo multimídia foi dividido em 4 abas como tópicos e em cada aba, módulos com subtópicos específicos, subdivisões do tema central, conforme exposto no Quadro 4.

Quadro 4 - Abas do aplicativo multimídia em plataforma móvel para garantia do dever do cuidado com idoso.

TÓPICOS	SUBTÓPICOS
Dever de cuidado com idosos	Entes jurídicos envolvidos Descumprimento do dever de cuidado
Direitos do idoso	CF Estatuto do idoso PNSPI
Violência no ambiente familiar	Tipos de violência Indícios que o idoso sofre violência
Efetivação da garantia do dever de cuidado	Fluxo de tramitação de denúncia ao Ministério Público Mediação familiar Visita domiciliar

Vamos dialogar?	Espaço destinado para os profissionais da rede do Idoso trocar experiências e compartilhar dúvidas.
-----------------	---

Fonte: Autoria Propria, 2018.

Foi criada uma identidade visual com o leitor e ajudando a estabelecer uma hierarquia das informações, sendo utilizadas variações em determinados pontos das abas, como títulos e subtítulos. Uma das preocupações no *design* instrucional para a área da saúde se refere à veracidade do princípio multimídia e a combinação de mídias pode ser mais adequada em uma situação específica – animação aliada a textos explicativos ou imagens estáticas. (AMBROSE e HARRIS, 2012; PEREIRA, 2012; FONTOURA *et al.*, 2013).

7.3.2 Design do aplicativo multimídia em plataforma móvel

Na construção do texto e do *design* foi considerada a fonte e o tamanho da letra. Para seleção das fontes⁴, considerou-se legibilidade⁵ e a leiturabilidade⁶ (AMBROSE e HARRIS, 2012; MOURÃO, 2016). Considerando que se trata de um aplicativo para plataforma móvel foi considerada a necessidade de uma tipografia para maior precisão na comunicação e que fosse agradável para textos relativamente longos, palavras com acentos, pontuação e sinais completos.

Assim, optamos por fontes humanistas que possuam leve variação no traço e resquícios de traços caligráficos (PEREIRA, 2012). Deste modo, foi usada fonte sem serifas⁷ por ser simples, limpa e de fácil leitura e que é considerada uma boa opção para projetos gráficos que exigem muito espaço, mas que opera bem em espaços pequenos (MOURÃO, 2016).

Na construção dos textos, foi considerado que frases ou parágrafos longos podem prejudicar a leitura na plataforma móvel, torná-la cansativa e fazer com que o leitor tenha dificuldade para ir de uma linha para outra linha, resultando também na perda do foco, do mesmo modo que frases muito curtas podem fazer com que os olhos façam movimentos repetitivos, bruscos, rápidos. Isso também causa desconfortos e prejudica a leitura (AMBROSE e Harris, 2012; SOUZA *et al.*, 2013; ABREU *et al.*, 2017). Desse modo, optou-se por textos claros, concisos e que traz proximidade do contexto ao usuário do aplicativo móvel.

⁴ É conjunto de glifos ou caracteres que compõem uma família tipográfica. O termo também é utilizado para designar os arquivos de fonte digitais, ou seja, uma coleção de glifos digitais em forma de arquivos para serem utilizados em computadores.

⁵ Reconhecimento das letras individualmente. A facilidade de distinção das letras.

⁶ Reconhecimento e a fluência dos tipos em sentenças, como frases e parágrafos.

⁷ As serifas são aqueles pequenos traços e prolongamentos nas hastes das letras.

Na seleção das cores, foi utilizado o princípio da Psicologia das Cores. A escolha da cor laranja como principal para as abas se deu devido ao fato de que traz espontaneidade e uma visão positiva da vida, mantendo a motivação. (FARINA, 2001; PEDROSA, 2003; THOMAZI, 2017). Nesta mesma perspectiva, os tipos de contraste de fundo foram selecionados considerando a legibilidade na comunicação para um uso harmônico que são imprescindíveis para o equilíbrio estético (FILATRO, 2008; SILVA, 2013).

O app foi desenvolvido através do site Fabapp (<https://fabricadeaplicativos.com.br/>), com a criação de uma conta para elaboração do aplicativo. Após a criação do aplicativo o próprio site formula um endereço para transformá-lo em aplicativo para celular. Para desenvolvimento do aplicativo multimídia, optou-se pelo sistema Android®, de fácil disseminação, pois pode ser utilizado em diversos de dispositivos móveis (smartphone e tablet).

O aplicativo está disponibilizado para download gratuitamente, compatível com aparelhos que operam por tecnologia do tipo Android, pois esse sistema operacional é compatível com a maioria dos aparelhos celulares e tablets brasileiros, o que torna o aplicativo acessível a um maior número de pessoas (PEREIRA *et al.*, 2016). Após o download, o aplicativo ficará disponível no celular ou tablet para uso em modo off-line, sem a necessidade de criar perfis ou contas de acesso.

Em um primeiro momento foi utilizada a seguinte sequência.

- I. A aba inicial apresenta a noção geral do termo ‘dever de cuidado’, o qual é compreendido como a garantia ao Idoso na efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar. Na mesma aba são relatadas as repercussões do descumprimento do dever de cuidado com idoso, que na maioria das vezes resulta na prática de ato de violência que caracteriza um ilícito, gerando responsabilidade civil e criminal ao agente violador.
- II. A segunda aba expõe os direitos do idoso que se encontram inclusos na CF/88, no Estatuto do Idoso e PNSPI (BRASIL, 1988; BRASIL, 1994; FEDERAL, 2003). Por conseguinte, são exibidos os dispositivos legais que regulamentam os referidos direitos. Vejamos:

Art. 230, CF/88: A família, a sociedade e o Estado têm o dever de amparar as pessoas idosas, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhes o direito à vida.

Art. 3º do Estatuto do idoso: É obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do poder público assegurar com prioridade absoluta a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar.

Art. 4º da PNI: Constituem diretrizes da política nacional do idoso:

I - viabilização de formas alternativas de participação, ocupação e convívio do idoso que proporcionem sua integração às demais gerações;

II - participação do idoso, através de suas organizações representativas, na formulação, implementação e avaliação das políticas, planos, programas e projetos a serem desenvolvidos;

III - priorização do atendimento ao idoso através de suas próprias famílias, em detrimento do atendimento asilar, à exceção dos idosos que não possuam condições que garantam sua própria sobrevivência;

IV - descentralização político-administrativa;

V - capacitação e reciclagem dos recursos humanos nas áreas de geriatria e gerontologia e na prestação de serviços;

VI - implementação de sistema de informações que permita a divulgação da política, dos serviços oferecidos, dos planos, programas e projetos em cada nível de governo;

VII - estabelecimento de mecanismos que favoreçam a divulgação de informações de caráter educativo sobre os aspectos biopsicossociais do envelhecimento;

VIII - priorização do atendimento ao idoso em órgãos públicos e privados prestadores de serviços, quando desabrigados e sem família;

IX - apoio a estudos e pesquisas sobre as questões relativas ao envelhecimento.

III. A terceira aba aborda os tipos de violências contra o idoso, a saber (KRUG *et al.*, 2002; DAHLBERG e KRUG, 2006; COELHO *et al.*, 2014; OMS, 2015):

- Violência física/ maus-tratos - uso da força física para compelir o idoso a fazer o que não deseja, podendo provocar dor, incapacidade ou morte; violência psicológica - são agressões verbais ou gestuais, com o escopo de apavorar o idoso;
- Violência sexual – é o ato para a obtenção de excitação, relação sexual ou práticas eróticas, por meio de aliciamento, violência física ou ameaças;
- Abandono – é a ausência dos responsáveis de prestar cuidado e socorro a uma pessoa idosa que necessite de proteção; abuso financeiro - exploração imprópria dos idosos ou ao uso não consentido por eles de seus recursos financeiros e patrimoniais;
- Negligência – é a recusa ou a omissão de cuidados devidos e necessários aos idosos, por parte dos responsáveis; violência intrafamiliar - é a ação ou omissão que prejudique o bem-estar, a integridade física e psicológica, ou a liberdade e o direito ao pleno desenvolvimento de um integrante do núcleo familiar.

Ainda na terceira aba são pontuados os indícios da prática dos diversos tipos de violência, examinemos (SAÚDE, M. D., 2002; DE SOUZA MINAYO, 2006; SAÚDE, 2008b; a; VELOSO *et al.*, 2013; COELHO *et al.*, 2014; GIL *et al.*, 2015; MINAYO, 2017):

- Sinais de violência física: lesões sem explicação como feridas, nódoas negras ou cicatrizes recentes; fraturas ósseas; armações de óculos partidas; marcas que evidenciam o ato de ser amarrado, por exemplo, marcas de cordas nos pulsos.
- Sinais de violência psicológica: o idoso encontra-se emocionalmente perturbado; Isolamento; Medo de estar com outras pessoas; depressão não habitual; recusa, sem explicação, a participar nas atividades diárias; depreciação e/ou ameaças por parte de membros da família.
- Sinais de violência sexual: nódoas negras nos seios ou genitais; doenças venéreas ou infecções genitais inesperadas; hemorragia genital ou anal sem explicação; roupa interior rasgada, manchada ou com sangue.
- Sinais de negligência ou abandono: perda de peso, má nutrição, desidratação; falta de condições de higiene; encontrar-se sujo ou sem ter tomado banho; roupa ou agasalhos inadequados para a estação do ano; falta de condições de segurança da habitação (aquecimento, material elétrico sem proteção); desaparecimento do idoso em local público.
- Sinais de violência financeira/econômica: forçar a pessoa a assinar um documento, sem lhe explicar para que fim se destina; forçar a pessoa idosa a celebrar um contrato ou a alterar o seu testamento; forçar a pessoa idosa a fazer uma procuração ou ultrapassar os poderes de mandato; tomar decisões sobre o património de uma pessoa sem a sua autorização; levantamentos significativos da conta da pessoa idosa; mudanças suspeitas de beneficiários de testamentos, seguros ou de bens; forçar a pessoa idosa a fazer uma doação, nomeadamente para reserva de vaga ou entrada em equipamento.

IV. A penúltima aba informa como funcionar o sistema de denúncia contra atos de violência e desrespeito dos direitos do idoso. Dessa forma, são informados os órgãos de denúncia, que são: disque 100 – órgão nacional de denúncia da prática de violação dos direitos humanos que inclui a prática de violência contra o idoso; Ministério Público; autoridade policial; Proteção Especializada – CREAS e Defensoria Pública (NOTARI e FRAGOSO, 2011; BRASIL, M. D. S., SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE, 2013).

Após o tópico referente aos órgãos de denúncia, são demonstradas ações específicas de alguns órgãos para efetivação da garantia do dever de cuidado, examinemos:

A promotoria do idoso é organizada com o seguinte fluxograma para tramitação de denúncias (VIEGAS e DE BARROS, 2016):

Figura 10 - Fluxograma de denúncias junto ao Ministério Público.



Fonte: Autoria Própria, 2018.

Além do sistema de denúncia junto à Promotoria do Idoso, o mesmo realiza a mediação familiar com escopo de solucionar os conflitos em relação ao cuidado com o idoso sem demanda judicial. Já no âmbito da saúde, a equipe de ESF realiza a visita domiciliar a fim de conhecer as condições de vida e de saúde das pessoas em situações vulneráveis (BRASIL, 2011; VELOSO *et al.*, 2013).

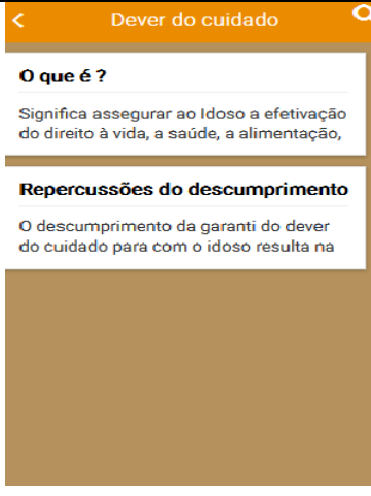
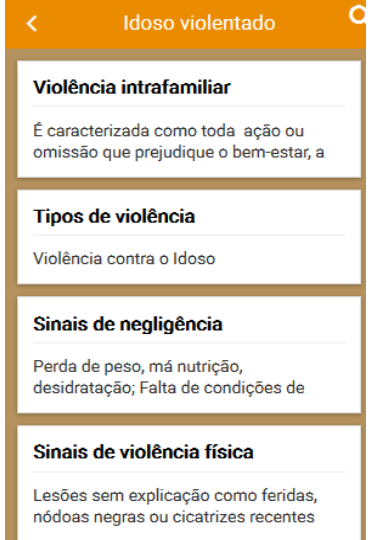
Ademais, o idoso ou o cuidador/familiar podem atuar de forma individual para garantir os direitos assegurados no Estatuto do Idoso, devendo encaminhar-se até a Defensoria Pública para que ações cabíveis sejam ajuizadas de acordo com o direito violado (FEDERAL, 2003; BRASIL, M. D. S., SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE, 2013). A título de exemplo podemos citar algumas situações de requerer uma ação judicial individual: a) idoso que não tem condições de garantir o seu sustento pode exigir pensão alimentícia; b) idoso com mais de 65 anos que não realizou contribuição previdenciária, comprovadamente carente, poderá solicitar o BCP – Benefício de Prestação Continuada ao INSS; c) abandono do idoso acarreta responsabilidade civil para os familiares (VIEGAS e DE BARROS; ROSENVALD e DE FARIAS, 2008; DE FARIAS e ROSENVALD, 2010; BRITO FILHO e FERREIRA, 2016).

A quarta aba é encerrada com os contatos dos principais órgãos de atuação do idoso que são: Conselho Estadual dos Direitos da Pessoa Idosa - (84) 3232-1199/2348 – Natal; Defensoria Pública – (84) 3315296; Ministério Público (SOS IDOSO) – 08000841021; Proteção Especializada – CREAS – (84) 3315 4882; Secretária de Saúde de Mossoró – (84)

3314-9152 / (84) 3314-4830; Secretária do Desenvolvimento Social e Juventude de Mossoró - (84) 3315-4983 / (84) 3315-5025.

- V. A quinta (última) aba é intitulada” *Vamos dialogar?*” Como um espaço destinado para os profissionais que atuam na rede do idoso compartilhar suas experiências e dúvidas no tocante aos direitos do idoso.

Figura 11 - Print das telas do app antes da avaliação dos juízes experts. Mossoró/RN, 2018.

TÓPICO	PRINT DA TELA	TÓPICO	PRINT DA TELA
TELA INICIAL	 Sobre o app GruDaDO (Garantia de direitos do idoso) Aplicativo desenvolvido a partir de dissertação de mestrado do Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Cognição, Tecnologias e Instituições (PPGCTI) da UFERSA.	DEVER DE CUIDADO	 Dever do cuidado O que é ? Significa assegurar ao Idoso a efetivação do direito à vida, a saúde, a alimentação, Repercussões do descumprimento O descumprimento da garanti do dever do cuidado para com o idoso resulta na
DIREITOS DO IDOSO	 Direitos do idoso Constituição Federal A CF/88 prevê que o dever de cuidado para com a pessoa idosa é da família, da Estatuto do idoso Prevê que o dever de cuidado com o idoso é obrigação da família, da Política Nacional do Idoso A política nacional afirma que o idoso é p rioridade e os profissionais são	IDOSO VIOLENTADO	 Idoso violentado Violência intrafamiliar É caracterizada como toda ação ou omissão que prejudique o bem-estar, a Tipos de violência Violência contra o Idoso Sinais de negligência Perda de peso, má nutrição, desidratação; Falta de condições de Sinais de violência física Lesões sem explicação como feridas, nódos negros ou cicatrizes recentes
SISTEMA DE DENÚNCIA	 Sistema de denúncia Entidades Disque 100 – órgão nacional de denúncia da prática de violação dos Ações Fluxo de tramitação de denúncia ao Ministério Público Mediação ... Órgãos de proteção · Conselho Estadual dos Direitos da Pessoa ... Na prática.. o que acontece Notificação compulsória por qualquer serviço público/privado em caso de	VAMOS DIALOGAR?	 Vamos dialogar ? Nenhum comentário ainda

Fonte: Autoria Própria, 2018.

Há que se destacar que, na atualidade, os sistemas multimídias são meios que permitem o desenvolvimento de uma nova forma de ensino, onde as pessoas têm acesso às informações com agilidade, possibilitando uma aprendizagem autêntica e informal, por isso foi selecionada a mencionada ferramenta (MARTIN e ERTZBERGER, 2013; CHEN e MANGONE, 2016; BADAWEY *et al.*, 2017; BADAWEY e KUHNS, 2017; CHO *et al.*, 2017).

7.4. Técnica Delphi para avaliação do protótipo do aplicativo multimídia em plataforma móvel

A tecnologia vem transformando o mundo, conforme se percebe como os dispositivos móveis influenciam a vida cotidiana, ofertando um acesso sem precedentes à comunicação e à informação, em razão de sua funcionalidade e da sua capacidade de favorecer o aprendizado (UNESCO, 2014). Nesse sentido, o sistema multimídia é um espaço para a promoção de um novo ensino, que concede aos indivíduos o acesso às informações a qualquer momento e em qualquer lugar para realizar atividade em seu contexto, oportunizando uma aprendizagem autêntica e informal através das tecnologias móveis (MARTIN e ERTZBERGER, 2013).

7.4.1. Os experts

Diante desse contexto, foi proposta a avaliação do protótipo do aplicativo, onde os avaliadores eram predominantemente profissionais do direito (28,6%), do sexo masculino (57,1%), a idade média era de 40-48 anos ($\pm 8,2$ anos), com tempo de formação de 20 anos (28,6%). A maioria possui especialização (71,04%), sendo que 28,56% na área do direito, apenas 1 entrevistado tem formação na área da saúde e os demais em área diversa (Tabela 2).

Tabela 2 - Descrição dos profissionais que avaliaram o app. Mossoró/RN, 2018.

Variáveis	Fa	F%
<i>Sexo</i>		
Feminino	3	42,9
Masculino	4	57,1
<i>Faixa etária (anos)</i>		
Até 40 anos	2	28,6
40 – 48	3	42,8
49 ou mais	2	28,6
FORMAÇÃO E EXPERIÊNCIA NA ÁREA		
<i>Área de formação</i>		
Ciência da Computação	1	14,3
Comunicação Social	2	28,6
Direito	2	28,6
Saúde (Fisioterapia/ Serviço Social)	2	28,6
<i>Tempo de formação (em anos)</i>		
Até 10 anos	2	28,6
11 a 20 anos	4	57,1
20 anos ou mais	1	14,3
<i>Especialização</i>	5	71,4
Avaliação e monitoramento de projetos sociais	1	14,3
Comunicação e/ou Comunicação e Saúde	2	28,6
Direito e processo do trabalho e Direito Processual Penal	2	28,6
<i>Mestrado</i>		
Ciência da Computação	1	14,3
Ciência. Ciências Sociais e Humanas	2	28,6
Direito Constitucional	2	28,6
Saúde Coletiva	2	28,6
<i>Doutorado</i>	2	28,6
Educação	1	14,3
Saúde Pública	1	14,3
<i>Ocupação atual</i>		
Assessoria de Imprensa	1	14,3
Autônoma	1	14,3
Direito (Defensor Público/ Promotor de Justiça)	2	28,6
Professor	3	42,9
<i>Local de trabalho</i>		
Ambos	1	14,3
Particular	3	42,9
Público	3	42,9
<i>Trabalha ou trabalhou direta ou indiretamente com idoso</i>	5	71,4
<i>Docente em cursos/disciplina com ênfase na temática do app</i>	3	42,9
<i>Desenvolve/desenvolveu projeto de extensão na temática do app</i>	2	28,6
<i>Produção de artigo científico na temática do app</i>	3	42,9
<i>Produção de material impresso científico ou não na temática do app</i>	6	85,7

Fonte: Autoria Própria, 2018.

7.4.2. Avaliação do conteúdo, adequação e relevância

Posteriormente, os *experts* julgaram quanto ao conteúdo e à relevância, a qual quase metade da amostra considerou bom (42,9%, média de pontuação do item = $3,3 \pm 1,7$). No critério adequação conceitual a amostra considerou bom (71,4%, média de pontuação do item = $3,7 \pm 1,2$). Quanto à apresentação das informações, a amostra definiu, por unanimidade, como bom (100%, média de pontuação do item = $4 \pm 0,0$).

Quanto ao critério clareza e linguagem, a análise dos dados mostra que mais da metade dos julgadores declarou como bom (85,7%, média de pontuação do item = $4,1 \pm 0,3$). Para o critério compreensão dos textos, os *experts* entenderam como bom (71,4%, média de pontuação do item = $4,2 \pm 0,5$).

Com relação ao critério objetividade dos textos, a amostra considerou como bom (71,4%, média de pontuação do item = $4,2 \pm 0,5$). No critério aparência e nitidez do app mais da metade da amostra definiu como bom (85,7%, média de pontuação do item = $4,1 \pm 0,4$).

No que concerne ao critério compreensão das ilustrações a amostra considerou como bom (71,4%, média de pontuação do item = $4,2 \pm 0,5$). Por fim, quanto à imagem e a composição visual a amostra dos *experts* acharam bom (85,7%, média de pontuação do item = $3,5 \pm 1,3$) (Tabela 3).

Não foi observada diferença estatisticamente significativa entre as áreas de formação dos juízes em nenhum dos critérios avaliados do app. Os profissionais da saúde e direito avaliaram mais positivamente o app tanto na adequação conceitual (71,4%), quanto na clareza e linguagem (85,7%) (

Tabela 4).

O emprego do design instrucional na construção do aplicativo foi propícia na estruturação da metodologia e sistemática, por meio de uma estratégia que busca inovação (MARTINS, 2004), como diferenciação positiva da imagem do produto pelo público jovem. Cada etapa do design instrucional é associada ao um recurso tecnológico disponibilizado e a uma situação didática relatada, a qual comportam numerosos desafios a serem apurados e renovados de acordo com a articulação teoria-prática-teoria (FILATRO, 2008).

Tabela 3 - Avaliação dos critérios do aplicativo. Mossoró/RN, 2018.

CRITÉRIOS	FA	F%
<i>Quanto ao conteúdo e relevância</i>		
Excelente	2	28,6
Bom	3	42,9
Ruim	2	28,6
<i>Quanto à adequação conceitual</i>		
Excelente	1	14,3
Bom	5	71,4
Ruim	1	14,3
<i>Boa apresentação das informações</i>	7	100,0
<i>Quanto à clareza e linguagem</i>		
Excelente	1	14,3
Bom	6	85,7
<i>Quanto à compreensão dos textos</i>		
Excelente	2	28,6
Bom	5	71,4
<i>Quanto à objetividade dos textos</i>		
Excelente	2	28,6
Bom	5	71,4
<i>Quanto à aparência e nitidez do app</i>		
Excelente	1	14,3
Bom	6	85,7

Tabela 4 - Avaliação dos critérios do app. Mossoró/RN, 2018.

Critérios	Área dos profissionais					P *
	N	Linguagens e códigos		Saúde e direito		
		Fa	%	Fa	%	
Quanto ao conteúdo e relevância						
Excelente	2	1	50,0	1	50,0	1,00
Bom	3	1	33,3	2	66,7	
Ruim	2	1	50,0	1	50,0	
Quanto à adequação conceitual						0,57
Excelente	1	0	0,0	1	100,0	
Bom	5	2	40,0	3	60,0	
Ruim	1	1	100,0	0	0,0	
Quanto à apresentação das informações						1,00
Bom	7	3	42,9	4	57,1	
Quanto a clareza e linguagem						0,57
Excelente	1	0	0,0	1	100,0	
Bom	6	3	50,0	3	50,0	
Quanto à compreensão dos textos						0,71
Excelente	2	1	50,0	1	50,0	
Bom	5	2	40,0	3	60,0	
Quanto á objetividade dos textos						0,71
Excelente	2	1	50,0	1	50,0	
Bom	5	2	40,0	3	60,0	
Quanto à aparência e nitidez do app						0,57
Excelente	1	0	0,0	1	100,0	
Bom	6	3	50,0	3	50,0	
Quanto à compreensão das ilustrações						0,29
Excelente	2	0	0,0	2	100,0	
Bom	5	3	60,0	2	40,0	
Quanto às imagens e composição visual						0,42
Bom	6	2	33,3	4	66,7	
Ruim	1	1	100,0	0	0,0	

* Quiquadrado de Yates para respostas baseadas na escala de Linkert que considerou as opções péssima (1);ruim (2);bom (3) e excelente (4).

Fonte: Autoria Própria, 2018.

Não foi observada diferença estatisticamente significativa considerando conteúdo e relevância e os demais critérios avaliados no app. Entretanto, observou-se elevado nível de concordância, embora sem significância estatística, nos critérios adequação conceitual e imagens e composição visual ($kappa= 0,59$, $p=0,29$). Em todos os demais critérios os *experts* apresentaram concordância perfeita em relação à qualidade do app embora sem significância estatística, ($kappa= 1,0$, $p=1,00$) (Tabela 5).

A anuência dos juízes ao avaliar os critérios do aplicativo demonstra a importância do uso de ferramentas que possibilita o conhecimento sobre a garantia de direitos do idoso, em particular ao dever de cuidado do idoso, por meio de um trabalho interdisciplinar, como manifestação de uma transformação epistemológica mediante articulação entre diversas áreas do ensinar e do aprender. Nessa perspectiva, a interdisciplinaridade é uma opção de solucionar desafios que se encontram em diversas áreas do saber (VILELA e MENDES, 2003; DA SILVA THIESEN, 2008).

Pesquisas orientadas aos aspectos metodológicos do desenvolvimento de objetos virtuais incluem esforços educacionais, tecnológicos e científicos com a finalidade de seletar as ferramentas computacionais e os referenciais teóricos e metodológicos que orientarão a concepção e o gerenciamento do material educativo (DA COSTA e LUZ, 2015). O desenvolvimento destes ambientes são recursos válidos na formação teórico-prática da interligação de saberes e contextualização da aprendizagem (GALVÃO e PÜSCHEL, 2012).

Destaca-se que caso em pesquisa (problemática da dissertação), os problemas colidem na área da saúde e no âmbito jurídico, visto que requer do profissional da saúde um conhecimento mínimo dos direitos do idoso, bem como, do profissional do direito à concretização do direito do idoso no ambiente em que se encontra o idoso, ou seja, na saúde básica, na assistência social e nos instrumentos coletivos. Assim, é necessárias mudanças no sistema de formação dos profissionais que encontram na rede do idoso.

Tabela 5 - Avaliação dos critérios do app considerando ao conteúdo e relevância. Mossoró/RN, 2018.

Critérios		N	Conteúdo e relevância				P*	Kappa** (p value)	
			Regular/ruim		Excelente/Bom				
			N	%	N	%			
Adequação conceitual	Regular/ruim	1	1	100,0	0	0,0	0,29	0,59	0,29
	Excelente/Bom	6	1	16,7	5	83,3			
Apresentação das informações	Regular/ruim	0	0	0,0	0	0,0	1,00	1,00	0,00
	Excelente/Bom	7	2	28,6	5	71,4			
Clareza e linguagem	Regular/ruim	0	0	0,0	0	0,0	1,00	1,00	0,00
	Excelente/Bom	7	2	28,6	5	71,4			
Compreensão dos textos	Regular/ruim	0	0	0,0	0	0,0	1,00	1,00	0,00
	Excelente/Bom	7	2	28,6	5	71,4			
Aparência e nitidez	Regular/ruim	0	0	0,0	0	0,0	1,00	1,00	0,00
	Excelente/Bom	7	2	28,6	5	71,4			
Objetividade	Regular/ruim	0	0	0,0	0	0,0	1,00	1,00	0,00
	Excelente/Bom	7	2	28,6	5	71,4			
Compreensão das ilustrações	Regular/ruim	0	0	0,0	0	0,0	1,00	1,00	0,00
	Excelente/Bom	7	2	28,6	5	71,4			
Imagens e composição visual	Regular/ruim	1	1	100,0	0	0,0	0,29	0,59	0,29
	Excelente/Bom	6	1	16,7	5	83,3			

Fonte: Autoria Própria, 2018.

* Quiquadrado de Yates para respostas baseadas na escala de Linkert
 Quiquadrado de Yates para respostas baseadas na escala de Linkert que considerou as opções péssima (1);ruim (2);bom (3) e excelente (4) seguido de Fisher's Exact Test/ ** Kappa baseado nas respostas da escala de Linkert considerou as opções péssima (1);ruim (2);bom (3) e excelente (4).

Entretanto, os *experts* indicaram a necessidade de melhorar a qualidade das informações, conforme descrito abaixo:

Colocar abas quem somos e na aba vamos dialogar – esclarecer para que serve o espaço.

Sexo feminino, 25 anos, formação em Fisioterapia, trabalha ou trabalhou com idoso.

Colocar abas com indicação de leitura.

Sexo feminino, 38 anos, formação em Comunicação Social, trabalha ou trabalhou com idoso e possui experiência docente com ênfase em direito e idoso ou construção de material IEC.

Não considero que apenas as informações seriam motivadoras para que os profissionais, que já teriam acesso a essas informações, queiram ter e utilizar o app (...) Senti falta de imagens, pois o app precisa ser atrativo nesse sentido também (...) ainda está simples, hoje as informações são acessadas de maneira rápida sem necessidade de baixar um app.

Sexo feminino, 38 anos, formação em Comunicação Social, trabalha ou trabalhou com idoso e possui experiência docente com ênfase em direito e idoso ou construção de material IEC.

Na parte de proposições foi expedida a importância de aperfeiçoar a particularidade das informações, conforme descrito abaixo:

Uniformizar a cor da fonte e acrescentar ilustrações.

Sexo feminino, 25 anos, formação em Fisioterapia, trabalha ou trabalhou com idosos.

Seria útil que o app pudesse conter informações dos centros ou unidades que atuam com idosos na cidade, também poderia ter dicas de leituras com a temática para os profissionais que desejam ampliar conhecimentos.

Sexo feminino, 38 anos, formação em Comunicação Social, trabalha ou trabalhou com idoso e possui experiência docente com ênfase em direito e idoso ou construção de material IEC.

Melhorar o sistema de denúncias com links ou formulários.

Sexo masculino, 40 anos, formação em Direito, trabalha ou trabalhou com idoso.

Na etapa de asserções foi expedida a relevância de aprimorar a gramática e ortografia, conforme descrito abaixo:

Encontrei alguns erros de digitação e de redação no conteúdo.

Sexo feminino, 49 anos, formação em Ciência da Computação, trabalha ou trabalhou com idoso e possui experiência docente com ênfase em direito e idoso ou construção de material IEC.

Realizar correção na grafia e na digitação.

Sexo feminino, 38 anos, formação em Comunicação Social, trabalha ou trabalhou com idoso e possui experiência docente com ênfase em direito e idoso ou construção de material IEC.

7.5. Versão final do protótipo do aplicativo multimídia em plataforma móvel

Após a avaliação dos *experts*, o app foi alterado mantendo a seguinte versão final (Figura 12).

Figura 12 - Print das telas do app depois da avaliação dos juízes experts. Mossoró/RN, 2018.

TÓPICO	PRINT DA TELA	TÓPICO	PRINT DA TELA
TELA INICIAL	Sobre o app	QUEM SOMOS	< Quem somos?
	 GruDaDO (Garantia de direitos do idoso) Aplicativo desenvolvido a partir de dissertação de mestrado do Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Cognição, Tecnologias e Instituições (PPGCTI) da UFERSA.		 Informações dos desenvolvedores Linda Macena lindamacena@gmail.com Ulisséa Duarte uod@hotmail.com

DEVER DE CUIDADO	 Dever do cuidado  O que é ? Significa assegurar ao Idoso a efetivação do direito à vida, a saúde, a alimentação, Repercussões do descumprimento O descumprimento da garantia do dever do cuidado para com o idoso resulta na
------------------	--

DIREITOS DO IDOSO

 Direitos do idoso 

Constituição Federal

A Constituição Federal de 1988 prevê que o dever de cuidado para com a

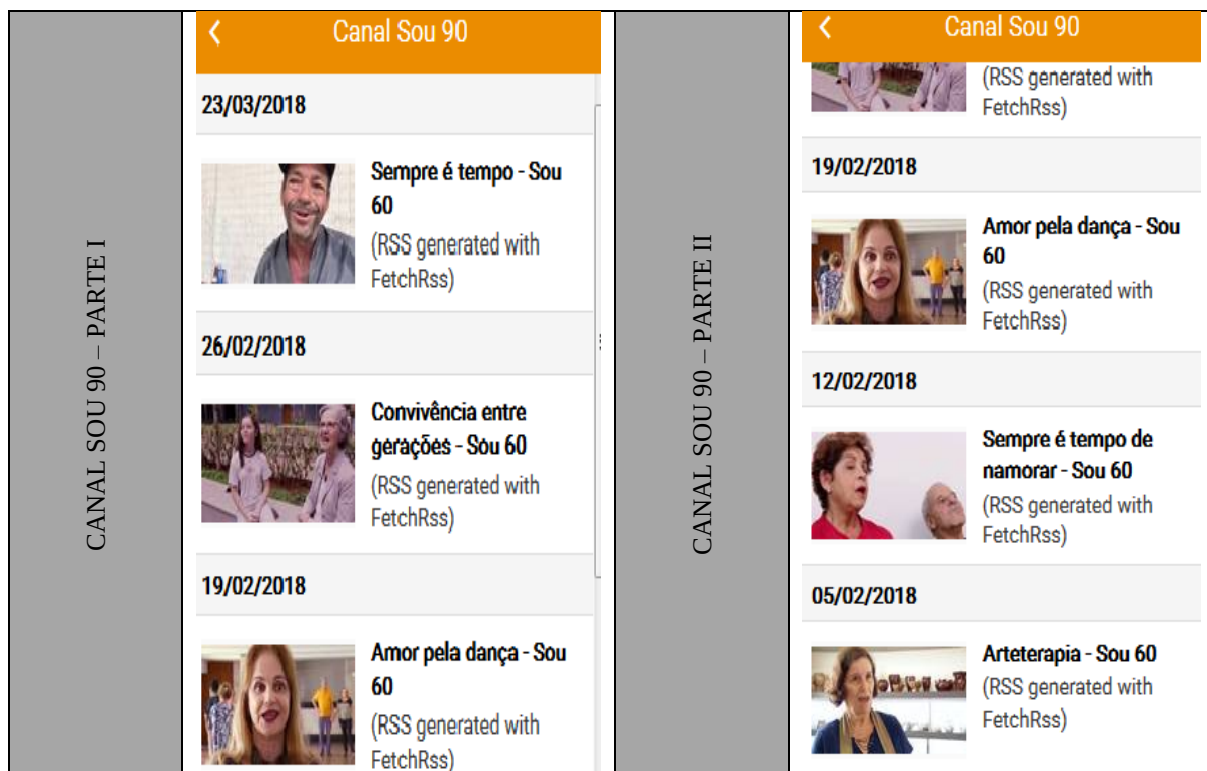
Estatuto do idoso

Prevê que o dever de cuidado com o idoso é obrigação da família, da

Política Nacional do Idoso

A política nacional afirma que o idoso é p rioridade e os profissionais são

SISTEMA DE DENUNCIA - PARTE I	Sistema de denúncia Entidades Disque 100 – órgão nacional de denúncia da prática de violação dos Ações Fluxo de tramitação de denúncia perante ao Ministério Público. Mediação ... Órgãos de proteção Conselho Estadual dos Direitos da Pessoa Idosa - (84) 3232-1199/2348. ... Na prática.. o que acontece	SISTEMA DE DENUNCIA - PARTE II	Sistema de denúncia Na prática.. o que acontece Notificação compulsória por qualquer serviço público/privado em caso de Exemplos de situações Idoso que não tem condições de garantir o seu sustento pode exigir pensão Denuncia Online Ouvidoria Online Links sobre denúncia
EXPERIÊNCIAS OU DÚVIDAS	Experiências ou Dúvidas! Nenhum comentário ainda	INDICAÇÃO DE LEITURA	Indicação de leitura Cuidar Melhor Manual do Cuidador da Pessoa Idosa Guia Prático do Cuidador Guia Prático do Cuidador Estatuto do idoso Estatuto do idoso Abandono afetivo do idoso Abandono afetivo do idoso



Fonte: Autoria Própria, 2018.

A tecnologia móvel concebe um novo tipo de aprendizagem que ocorre quando as pessoas têm acesso à informação com prontidão, o que permite a realização de atividades e engajamento dos educandos comprometidos no processo de ensino e aprendizagem (MARTIN e ERTZBERGER, 2013).

As inovações da tecnologia móvel têm direcionado na criação de conteúdo digital, particularmente no desenvolvimento de aplicativos para conectar-se aos recursos digitais através do uso de dispositivos móveis, que no momento presente representam a maioria dos sistemas computadorizados (UNESCO, 2014). Portanto, a idealização e a construção do aplicativo aparecem através do conceito de marketing social, a partir da arte e da ciência. Hodiernamente existem conhecimentos e técnicas para sistematizar e por em prática programas efetivos de mudança social em qualquer área de assunto social, tanto local quanto nacional (KOTLER e ROBERTO, 1992; KARKOTLI, 2002). Assim, acreditamos que o aplicativo desenvolvido possibilita o acesso a informações sobre dever do cuidado e indica estratégias adequadas para desenvolver ações de cuidado e apoio social ao idoso.

Apesar do rigor do estudo atual usando-se a triangulação de analistas (múltiplos analistas para entender diferentes maneiras de visualizar os dados do aplicativo) para reduzir a probabilidade de viés, nossos resultados devem ser interpretados dentro do escopo das

limitações do estudo. Posto que foi usada uma amostra de conveniência, que pode não ser representativa da maior população profissionais da rede de atenção ao idoso.

Destacamos que o aplicativo desenvolvido não foi projetado para capacitar o usuário/profissional sobre direito do dever de cuidado, mas para entender melhor esta condição e, como resultado, para melhor se conduzir perante as necessidades dos idosos que buscam o serviço. Deste modo, destacamos que, embora nosso projeto tenha sido apropriado para as metas exploratórias e de desenvolvimento de nosso projeto, estudos futuros devem incluir uma variedade de participantes do público-alvo da rede de atenção ao idoso bem como empregar análises mais robustas (por exemplo, teste de controle, estudos de eficácia comparativa).

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O direito do dever de cuidado do idoso vem ganhando relevância no contexto nacional e também internacional, em virtude de ser um grupo em crescente contingente e que se encontra sustentado por um sistema (a atuação da saúde, assistência social e do direito/jurídico) ainda incipiente e ineficiente com déficit de conhecimentos e atitudes dos profissionais da rede do idoso, consoante ao constatado na fase 1 do estudo.

A tecnologia desenvolvida possibilitará a ampliação do acesso à informação além de aproximar os profissionais da rede do idoso, proporcionando um maior diálogo entre eles, pois permite troca de experiências e dúvidas na tocante à ação do idoso. O protótipo do aplicativo projetado pode ser uma ferramenta útil para favorecer a criação de um trabalho interdisciplinar que até então é escasso na prática cotidiana.

Destaca-se que não foi observada diferença estatisticamente significativa entre as áreas de formação dos *experts* em nenhum dos critérios avaliados do aplicativo. Os profissionais da saúde e direito avaliaram positivamente o aplicativo tanto na adequação conceitual quanto na clareza e linguagem. Com isso, os dados dos *experts* indicam que o aplicativo é benéfico para ampliar o acesso à informação sobre o dever do cuidado para com o idoso.

Os *experts* avaliaram favoravelmente o aplicativo desenvolvido, subsidiando assim a possibilidade de desenvolver o próximo passo, que é testar em campo uma versão com o público-alvo de profissionais na rede de atenção ao idoso.

REFERÊNCIAS

ABREU, J.; DE SOUSA, J. E.; LACERDA, M. Um Aplicativo Móvel Para Educação Ambiental. **Brazilian Symposium on Computers in Education** (Simpósio Brasileiro de Informática na Educação-SBIE), 2017. p.1736.

ACCINELLI, E.; SALAS, O. Privatización y bienestar social en el sector de hogares de ancianos en Suecia. **Contaduría y administración**, v. 60, n. 4, p. 707-722, 2015. ISSN 0186-1042.

ADAMS, C. E. Y. Maltrato en el adulto mayor institucionalizado: Realidad e invisibilidad. **Revista Médica clínica las Condes**, v. 23, n. 1, p. 84-90, 2012. ISSN 0716-8640.

AMBROSE, G.; HARRIS, P. **Fundamentos de Design Criativo-2**. Bookman Editora, 2012. ISBN 8540701286.

AVERSI-FERREIRA, T. A.; RODRIGUES, H. G.; PAIVA, L. R. Efeitos do envelhecimento sobre o encéfalo. **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**, v. 5, n. 2, 2009. ISSN 2317-6695.

BADAWY, S. M. et al. Text Messaging and Mobile Phone Apps as Interventions to Improve Adherence in Adolescents With Chronic Health Conditions: A Systematic Review. **JMIR Mhealth Uhealth**, v. 5, n. 5, p. e66, May 2017. Disponível em: <
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28506955> >.

BADAWY, S. M.; KUHNS, L. M. Texting and Mobile Phone App Interventions for Improving Adherence to Preventive Behavior in Adolescents: A Systematic Review. **JMIR mHealth and uHealth**, v. 5, n. 4, 2017.

BAGGIO, M. A.; ERDMANN, A. L.; SASSO, G. Cuidado humano e tecnologia na enfermagem contemporânea e complexa. **Texto and Contexto Enfermagem**, v. 19, n. 2, p. 378, 2010. ISSN 0104-0707.

BARBOSA, L. Cultura, consumo e identidade: limpeza e poluição na sociedade brasileira contemporânea. **Cultura, consumo e identidade. Rio de Janeiro: Editora da FGV**, p. 107, 2006.

BARDIN, L. **Análisis de contenido**. Ediciones Akal, 1991. ISBN 8476000936.

BARRA, D. C. C. et al. MÉTODOS PARA DESENVOLVIMENTO DE APLICATIVOS MÓVEIS EM SAÚDE: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 26, 2017. ISSN 0104-0707. Disponível em: <

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072017000400502&nrm=iso >.

BARROS, E. E. D. Abandono afetivo inverso: a responsabilidade civil dos filhos para com os pais idosos. 2016.

BLÖDT, S. et al. Effectiveness of app-based relaxation for patients with chronic low back pain (Relaxback) and chronic neck pain (Relaxneck): study protocol for two randomized pragmatic trials. **Trials**, v. 15, p. 490, Dec 2014. ISSN 1745-6215. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25511185> >.

BONAVIDES, P. **Curso de direito constitucional**. Malheiros, 1994.

_____. **Curso de direito constitucional**. Malheiros, 2016.

BOUSQUET, J. et al. ARIA 2016: Care pathways implementing emerging technologies for predictive medicine in rhinitis and asthma across the life cycle. **Clin Transl Allergy**, v. 6, p. 47, 2016. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28050247> >.

BOVER, A. B. et al. El maltrato a los ancianos en el domicilio. Situación actual y posibles estrategias de intervención. **Atención primaria**, v. 32, n. 9, p. 541-551, 2003. ISSN 0212-6567.

BRASIL. **CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL DE 1988**. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm 1988.

_____. Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 1994.

_____. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) eo Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). MINISTRO, M. D. S. G. D. Brasília, DF: Diário Oficial da União 2011.

_____. **Boletim epidemiológico. Vigilância de violência doméstica, sexual e/ou outras violências: Viva/Sinan - Brasil, 2011**. SAÚDE, M. D. 44 2013.

_____. **Atlas da Violência 2016** 2016.

BRASIL, M. D. S., SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. **Estatuto do Idoso**. Brasília: 70 p. 2013.

BRITO FILHO, J. C. M. D.; FERREIRA, V. R. Direito Fundamental à Saúde e Tutela Individual: Lendo esse Direito Constitucional à Luz do Liberalismo Igualitário. **Conpedi Law Review**, v. 1, n. 2, p. 274-290, 2016. ISSN 2448-3931.

CAMARANO, A. A.; PASINATO, M. T. O envelhecimento populacional na agenda das políticas públicas. **Os novos idosos brasileiros: muito além dos**, v. 60, n. 1, p. 253-292, 2004.

CAMPOS, K. D. et al. Capacitação de idosos na prevenção de quedas domiciliares utilizando tecnologias da informação e comunicação. **Revista de Atenção à Saúde (antiga Rev. Bras. Ciên. Saúde)**, v. 15, n. 51, p. 84-91, 2017. ISSN 2359-4330.

CARLOS, D. et al. Tecnologia mHealth como Ferramenta de Promoção da Saúde Vocal. **CIAIQ2016**, v. 2, 2016.

CARVALHO, G. I. D.; SANTOS, L. D. Sistema Unico de Saúde: comentários à lei orgânica da saúde; Lei 8.080/90 e 8.142/90. In: (Ed.). **Saúde em Debate**: Hucitec, v.51, 1995.

CAVALHEIRO, D. J.; GRENZEL, J.; MATTOS, C. M. Z. O envelhecimento e as alterações decorrentes desse processo: um estudo de caso. Cruz Alta (RS) Disponível em: < http://www.unicruz.edu.br/15_seminario/seminario_2010/CCS/O%20ENVELHECIMENTO%20E%20AS%20ALTERA%C3%9A%C3%95ES >, v. 87, p. C3,

CERQUEIRA, D. et al. **Atlas da Violência**. 2016. 2016.

CERVELIN, S. Design Instrucional à educação profissional on-line. 2013.

CHEN, E.; MANGONE, E. R. A Systematic Review of Apps using Mobile Criteria for Adolescent Pregnancy Prevention (mCAPP). **JMIR Mhealth Uhealth**, v. 4, n. 4, p. e122, Nov 2016. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27833070> >.

CHERSICH, M. F. et al. Priority interventions to reduce HIV transmission in sex work settings in sub-Saharan Africa and delivery of these services. **J Int AIDS Soc**, v. 16, n. 1, p. 17980, 2013. ISSN 1758-2652. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23462140> >.

CHO, H.; IRIBARREN, S.; SCHNALL, R. Technology-Mediated Interventions and Quality of Life for Persons Living with HIV/AIDS. A Systematic Review. **Appl Clin Inform**, v. 8, n. 2, p. 348-368, Apr 2017. ISSN 1869-0327. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28401246> >.

CIOSAK, S. I. et al. Senescência e senilidade: novo paradigma na atenção básica de saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, n. spe2, p. 1763-1768, 2011. ISSN 1980-220X.

CIVIL, C. **Código Civil**: Coimbra: Edições Almedina 2013.

COELHO, E. B. S.; SILVA, A. C. L. G. D.; LINDNER, S. R. Violência: definições e tipologias. 2014.

COELHO, M. O.; JORGE, M. S. B. Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 14, n. 1, p. 1523-1531, 2009.

CROSBY, L. E. et al. Development and evaluation of iManage: A self-management app co-designed by adolescents with sickle cell disease. **Pediatr Blood Cancer**, v. 64, n. 1, p. 139-145, Jan 2017. ISSN 1545-5017. Disponível em: <
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27574031>>.

CUPERTINO, A.; ROSA, F. H. M.; RIBEIRO, P. C. C. Definição de envelhecimento saudável na perspectiva de indivíduos idosos. **Psicol reflex crit**, v. 20, n. 1, p. 81-6, 2007.

DA COSTA, C. P. V.; LUZ, M. H. B. A. Objeto virtual de aprendizagem sobre o raciocínio diagnóstico em enfermagem aplicado ao sistema tegumentar. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 36, n. 4, p. 55-62, 2015. ISSN 1983-1447.

DA SILVA, D. C.; ALVIM, N. A. T.; DE FIGUEIREDO, P. A. Tecnologias Leves em Saúde e sua Relação com o cuidado de Enfermagem Hospitalar. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 12, n. 2, p. 291-298, 2008. ISSN 1414-8145.

DA SILVA, R. C.; DE ASSUNÇÃO FERREIRA, M. Tecnologia no cuidado de enfermagem: uma análise a partir do marco conceitual da Enfermagem Fundamental/Technology in nursing care: an analysis from the conceptual framework of Fundamental Nursing/Tecnología en la atención de enfermería: un análisis desde el marco conceptual de Enfermería Fundamental. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 67, n. 1, p. 111, 2014. ISSN 0034-7167.

DA SILVA THIESEN, J. A interdisciplinaridade como um movimento articulador no processo ensino-aprendizagem. **Revista brasileira de educação**, v. 13, n. 39, p. 545, 2008. ISSN 1413-2478.

DA VIOLÊNCIA, M. **Mapa da violência 2012: os novos padrões da violência homicida no Brasil** 2014.

DAHLBERG, L. L.; KRUG, E. G. Violência: um problema global de saúde pública. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, p. 1163-1178, 2006. ISSN 1413-8123. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000500007&nrm=iso >.

DANTAS, F.; DE SOUZA, A. L. Diretrizes internacionais e políticas para os idosos no Brasil: a ideologia do envelhecimento ativo. **Revista de Políticas Públicas**, v. 14, n. 1, 2011. ISSN 2178-2865.

DE ALMEIDA, P. M.; MOCHEL, E. G.; OLIVEIRA, M. D. S. S. O idoso pelo próprio idoso: percepção de si e de sua qualidade de vida. **Kairós Gerontologia. Revista da Faculdade de Ciências Humanas e Saúde**. ISSN 2176-901X, v. 13, n. 2, 2011. ISSN 2176-901X.

DE BRITO FILHO, J. C. M.; FERREIRA, V. R. Direito Fundamental à Saúde e Tutela Individual: Lendo esse Direito Constitucional à Luz do Liberalismo Igualitário. **Conpedi Law Review**, v. 1, n. 2, p. 274-290, 2016. ISSN 2448-3931.

DE FARIAS, C. C.; ROSENVALD, N. **Direito das famílias**. Editora Lumen Juris, 2010. ISBN 8537509256.

DE JESUS MARTINS, J. et al. Políticas públicas de atenção à saúde do idoso: reflexão acerca da capacitação dos profissionais da saúde para o cuidado com o idoso. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 10, n. 3, p. 371-382, 2007. ISSN 1809-9823.

DE LA VEGA, R. et al. Development and testing of painometer: a smartphone app to assess pain intensity. **J Pain**, v. 15, n. 10, p. 1001-7, Oct 2014. ISSN 1528-8447. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24854065> >.

DE OLIVEIRA FERNANDES, M. T.; SOARES, S. M. O desenvolvimento de políticas públicas de atenção ao idoso no Brasil. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 46, n. 6, p. 1494-1502, 2012. ISSN 1980-220X.

DE SOUSA, A. H. et al. TECNOLOGIA DE CUIDADO PARA OS IDOSOS EM USO DE POLIFARMÁCIA: UMA FERRAMENTA EDUCATIVA. **Mostra Interdisciplinar do curso de Enfermagem**, v. 2, n. 1, 2017. ISSN 2448-1203.

DE SOUZA, E. R. et al. Rede de proteção aos idosos do Rio de Janeiro: um direito a ser conquistado. **Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro**, v. 13, n. 4, 2008.

DE SOUZA MINAYO, M. C. **Violência e saúde**. SciELO-Editora FIOCRUZ, 2006. ISBN 8575413805.

DE VASCONCELLOS, M. S.; DE CARVALHO, F. G.; MONTEIRO, J. P. “Jogo do acesso aberto”: desenvolvendo um newsgame para a comunicação e saúde. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde**, v. 10, n. 1, 2016. ISSN 1981-6278.

DIAS, J. A. et al. Ser idoso e o processo do envelhecimento: saúde percebida. **Esc Anna Nery**, v. 15, n. 2, p. 372-379p, 2011.

FABRÍCIO, S. C. C.; RODRIGUES, R. A. P. Revisão da literatura sobre fragilidade e sua relação com o envelhecimento. **Northeast Network Nursing Journal**, v. 9, n. 2, 2016. ISSN 2175-6783.

FALEIROS, V. D. P. Cidadania e direitos da pessoa idosa. 2007.

FARINA, M. Psicodinâmica das cores em comunicação. São Paulo: Edgar Blücher, 1994.
FIORIN, José Luiz. **Linguagem e Ideologia**. São Paulo: Ática, 2001.

FECHINE, B. R. A.; TROMPIERI, N. O processo de envelhecimento: as principais alterações que acontecem com o idoso com o passar dos anos. **InterSciencePlace**, v. 1, n. 20, 2015. ISSN 1679-9844.

FEDERAL, C. Disponível em: [www. planalto. gov. br](http://www.planalto.gov.br). **Acesso em**, v. 7, 1988.

FEDERAL, S. Estatuto do idoso. **Brasília (DF): Senado Federal**, 2003.

FERREIRA, P. M. O Envelhecimento ativo em Portugal: tendências recentes e (alguns) problemas. **Kairós Gerontologia. Revista da Faculdade de Ciências Humanas e Saúde. ISSN 2176-901X**, v. 18, n. 19, p. 07-29, 2015. ISSN 2176-901X.

FILATRO, A. **Design instrucional na prática**. Pearson Education do Brasil São Paulo, 2008. ISBN 8576051885.

FONSECA, R. et al. Perspetivas atuais sobre a proteção jurídica da pessoa idosa vítima de violência familiar: contributo para uma investigação em saúde pública. **Revista portuguesa de saúde pública**, v. 30, n. 2, p. 149-162, 2012. ISSN 0870-9025.

FONTE, I. B. D. Diretrizes internacionais para o envelhecimento e suas conseqüências no conceito de velhice. **Encontro da Associação Brasileira de Estudos Populacionais**, v. 12, p. 1-10, 2002.

FONTOURA, A. M.; BECCARI, M. N.; DE LIMA OLIVEIRA, T. Filosofia do design instrucional: uma análise meta-teórica sobre método de comparação entre modalidade de

mídias. **InfoDesign-Revista Brasileira de Design da Informação**, v. 8, n. 3, p. 12-19, 2013. ISSN 1808-5377.

GALVÃO, E. C. F.; PÜSCHEL, V. A. A. Aplicativo multimídia em plataforma móvel para o ensino da mensuração da pressão venosa central. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 46, n. spe, p. 107-115, 2012. ISSN 1980-220X.

GERLACK, L. F. et al. Saúde do idoso: residência multiprofissional como instrumento transformador do cuidado. **Ciência & Saúde**, v. 2, n. 2, p. 104-108, 2010. ISSN 1983-652X.

GIL, A. P. et al. Fatores de risco de violência contra as pessoas idosas: consensos e controvérsias em estudos de prevalência. **Configurações. Revista de sociologia**, n. 16, p. 75-95, 2015. ISSN 2182-7419.

GOES, H.; DA OBRA, A. **Manual de direito previdenciário**: Rio de Janeiro: Editora Ferreira 2012.

GOES, T. M.; POLARO, S. H. I.; GONÇALVES, L. H. T. Cultivo do bem viver das pessoas idosas e tecnologia cuidativo-educacional de enfermagem. **Enfermagem em Foco**, v. 7, n. 2, p. 47-51, 2016. ISSN 2357-707X.

GRAYMAN, J. H. et al. Factors associated with HIV testing, condom use, and sexually transmitted infections among female sex workers in Nha Trang, Vietnam. **AIDS Behav**, v. 9, n. 1, p. 41-51, Mar 2005. ISSN 1090-7165. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15812612> >.

GUAL LLORENS, C. et al. [Health and safety professional roles and competencies to promote company-level integration of preventive actions. A Delphy study]. **Arch Prev Riesgos Labor**, v. 17, n. 1, p. 10-7, 2014 Jan-Mar 2014. ISSN 1138-9672. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24458205> >.

HERRERA, P. A.; GUZMÁN, H. A. Reflexiones sobre calidad de vida, dignidad y envejecimiento. **Revista Médica Clínica Las Condes**, v. 23, n. 1, p. 65-76, 2012. ISSN 0716-8640.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **IBGE - Cidades@ Ceará**, 2017. Disponível em: < <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/uf.php?coduf=23> >. Acesso em: 11 de maio de 2017.

JONASSAINT, C. R. et al. Usability and Feasibility of an mHealth Intervention for Monitoring and Managing Pain Symptoms in Sickle Cell Disease: The Sickle Cell Disease Mobile Application to Record Symptoms via Technology (SMART). **Hemoglobin**, v. 39, n.

3, p. 162-8, 2015. ISSN 1532-432X. Disponível em: <
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25831427> >.

KARKOTLI, G. R. Importância da responsabilidade social para implementação do marketing social nas organizações. 2002.

KOERICH, M. S. et al. Tecnologias de cuidado em saúde e enfermagem e suas perspectivas filosóficas. **Texto Contexto Enferm**, v. 15, n. Esp, 2006.

KOTLER, P.; ROBERTO, E. L. **Marketing social: estratégias para alterar o comportamento público**. Campus, 1992. ISBN 8570016611.

KRUG, E. G. et al. The world report on violence and health. **The lancet**, v. 360, n. 9339, p. 1083-1088, 2002. ISSN 0140-6736.

LINCK, C. D. L.; CROSSETTI, M. D. G. O. Fragilidade no idoso: o que vem sendo produzido pela enfermagem. **Revista gaúcha de enfermagem. Porto Alegre. Vol. 32, n. 2 (jun 2011), p. 385-393**, 2011. ISSN 0102-6933.

LONG, Y. et al. [Construction of a physiological aging scale for healthy people based on a modified Delphi method]. **Zhong Nan Da Xue Xue Bao Yi Xue Ban**, v. 41, n. 4, p. 422-6, Apr 2016. ISSN 1672-7347. Disponível em: <
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27241155> >.

LOPES, W. O.; SAUPE, R.; MASSAROLI, A. Visita domiciliar: tecnologia para o cuidado, o ensino e a pesquisa. **Ciência, cuidado e saúde**, v. 7, n. 2, p. 241-247, 2008. ISSN 1984-7513.

LOURENÇO, T. M. et al. Capacidade funcional no idoso longo: uma revisão integrativa. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 33, n. 2, p. 176-185, 2012. ISSN 1983-1447.

MAGALHÃES, K. A. **Envelhecimento e Cuidado: uma abordagem antropológica centrada na visão de agentes comunitários de saúde**. 2015.

MARTIN, F.; ERTZBERGER, J. Here and now mobile learning: An experimental study on the use of mobile technology. **Computers & Education**, v. 68, p. 76-85, 2013. ISSN 0360-1315.

MARTINS, R. F. D. F. A gestão de design como uma estratégia organizacional: um modelo de integração do design em organizações. 2004.

MENEZES, R. L. D. et al. Estudo longitudinal dos aspectos multidimensionais da saúde de idosos institucionalizados. **Rev Bras Geriatr Gerontol**, v. 14, n. 3, p. 485-96, 2011.

MICCAS, F. L.; DA SILVA BATISTA, S. H. S. Educação permanente em saúde: metassíntese. **Revista de Saúde Pública**, v. 48, n. 1, p. 170-185, 2014. ISSN 1518-8787.

MINAYO, M. C. D. S. A inclusão da violência na agenda da saúde: trajetória histórica. **Ciênc. saúde coletiva**, p. 1259-1267, 2006.

_____. **Violência contra idosos** 2017.

MINAYO, M. C. D. S.; SOUZA, E. R. D. Violência e saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 4, p. 513-531, 1997. ISSN 0104-5970. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59701997000300006&nrm=iso >.

MONFORT-PAÑEGO, M. et al. Development and psychometric evaluation of a health questionnaire on back care knowledge in daily life physical activities for adolescent students. **Eur Spine J**, v. 25, n. 9, p. 2803-8, Sep 2016. ISSN 1432-0932. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27250729> >.

MORGADO, R. Impacto da violência na saúde dos brasileiros. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. 2, p. 537-540, 2006. ISSN 1413-8123.

MOURA, A. Geração móvel: um ambiente de aprendizagem suportado por tecnologias móveis para a “Geração Polegar”. 2009. ISSN 9729845662.

MOURÃO, A. I. O. **Tipografia uma componente indispensável no mundo da publicidade**. 2016.

NOGUEIRA, I. S. et al. Intervenção domiciliar como ferramenta para o cuidado de enfermagem: avaliação da satisfação de idosos. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 37, 2016. ISSN 1983-1447.

NOTARI, M. H. D. A.; FRAGOSO, M. H. J. A inserção do Brasil na política internacional de direitos humanos da pessoa idosa. **Revista Direito GV**, p. 259-276, 2011. ISSN 1808-2432.

NOVAK, R. M. et al. Risk behavior among women enrolled in a randomized controlled efficacy trial of an adenoviral vector vaccine to prevent HIV acquisition. **AIDS**, v. 27, n. 11, p. 1763-1770, Jul 2013. ISSN 1473-5571. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23807272> >.

NUNES, D. P. et al. Rastreamento de fragilidade em idosos por instrumento autorreferido. **Revista de Saúde Pública**, v. 49, p. 1-9, 2015. ISSN 1518-8787.

OLIVEIRA, R. M. D. et al. Development of the TabacoQuest app for computerization of data collection on smoking in psychiatric nursing. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 24, 2016. ISSN 0104-1169. Disponível em: <
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692016000100399&nrm=iso>.

OMS, O. M. D. S. **Relatório Mundial sobre a Prevenção da Violência 2014**. São Paulo: 288 p. 2015.

PAVARINI, S. C. I. et al. A arte de cuidar do idoso: gerontologia como profissão. **Texto Contexto-enferm, Florianópolis**, v. 14, n. 3, p. 398-402, 2005.

PAZ, A. A.; SANTOS, B. R. L. D.; EIDT, O. R. Vulnerabilidade e envelhecimento no contexto da saúde. **Acta Paul Enferm**, v. 19, n. 3, p. 338-42, 2006.

PAÚL, C. Envelhecimento activo e redes de suporte social. **Sociologia**, v. 15, p. 275-287, 2005.

PEDROSA, I. **O universo da cor**. Senac, 2003. ISBN 8574581267.

PEREIRA, F. G. F. et al. Construção de um aplicativo digital para o ensino de sinais vitais. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 37, 2016. ISSN 1983-1447. Disponível em: <
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472016000200414&nrm=iso>.

PEREIRA, S. J. D. S. **Caracteres que marcam: a influência da tipografia na publicidade**. 2012. Universidade da Beira Interior

PERLINGEIRO, R. Los cuidados de salud para los ancianos: Entre las limitaciones presupuestarias y el derecho a un mínimo existencial. **Boletín mexicano de derecho comparado**, v. 47, n. 140, p. 547-584, 2014. ISSN 0041-8633.

RAMOS, L. R. A explosão demográfica da terceira idade no Brasil: uma questão de saúde pública. **Rev. Gerontologia**, p. 3-8, 2015.

RODRIGUES, R. D. C. V.; PERES, H. H. C. Desenvolvimento de Ambiente Virtual de Aprendizagem em Enfermagem sobre ressuscitação cardiorrespiratória em neonatologia.

Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 47, n. 1, p. 235-241, 2013. ISSN 1980-220X.

ROSENVALD, N.; DE FARIAS, C. C. **Direito das famílias**. Editora Lumen Juris, 2008. ISBN 8537502839.

SANTANA, A. C. S. et al. Processo de Criação de um Aplicativo Móvel na Área de Terapia Intensiva e sua Aplicabilidade na Enfermagem: um Relato de Experiência. Congresso Internacional de Enfermagem, 2017.

SANTIN, J. R.; BOROWSKI, M. Z. O idoso e o princípio constitucional da dignidade humana. **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**, v. 5, n. 1, 2008. ISSN 2317-6695.

SANTOS, S. S. C. Concepções teórico-filosóficas sobre envelhecimento, velhice, idoso e enfermagem gerontogeriatrica. 2010. ISSN 0034-7167.

SAÚDE, B. S. D. P. D. **Violência intrafamiliar: orientações para a prática em serviço**. Editora MS, 2002.

SAÚDE, M. D. **Política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violências**: Ministério da Saúde Brasília 2001.

_____. **Violência intrafamiliar**

Orientações para a prática em serviço. Cadernos de Atenção Básica Nº 8

Série A – Normas e Manuais Técnicos; nº 131. Brasília 2002.

_____. **Impacto da violência na saúde dos brasileiros**. SAÚDE, S. D. V. E. Brasília: 340 p. 2005.

_____. **Temático prevenção da violência e cultura de paz**. Brasília. III: 60 p. 2008a.

_____. **Temático prevenção de violência e cultura de paz III**: Organização Pan-Americana da Saúde Brasília 2008b.

SETO, E. et al. Models of Individual Dietary Behavior Based on Smartphone Data: The Influence of Routine, Physical Activity, Emotion, and Food Environment. **PLoS One**, v. 11, n. 4, p. e0153085, 2016. ISSN 1932-6203. Disponível em: <
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27049852> >.

SILVA, A. R. L. D. Diretrizes de design instrucional para elaboração de material didático em EaD: uma abordagem centrada na construção do conhecimento. 2013.

SILVA, C. P. C. et al. Construção do Aplicativo para o indicador de úlcera por pressão. **Journal of Health Informatics**, v. 8, n. 4, 2016. ISSN 2175-4411.

SILVA, M. D. R. D. F. Aging and social protection: approaches between Brazil, Latin America and Portugal. **Serviço Social & Sociedade**, n. 126, p. 215-234, 2016. ISSN 0101-6628.

SOUZA, E. R. D.; LIMA, M. L. C. D. Panorama da violência urbana no Brasil e suas capitais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, p. 1211-1222, 2006. ISSN 1413-8123. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000500011&nrm=iso >.

SOUZA, R. C. D. et al. Processo de criação de um aplicativo móvel na área de odontologia para pacientes com necessidades especiais. **Revista da ABENO**, v. 13, n. 2, p. 58-61, 2013. ISSN 1679-5954.

STINSON, J. N. et al. iCanCope with Pain™: User-centred design of a web- and mobile-based self-management program for youth with chronic pain based on identified health care needs. **Pain Res Manag**, v. 19, n. 5, p. 257-65, 2014 Sep-Oct 2014. ISSN 1918-1523. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25000507> >.

TEIXEIRA, I. Percepções de profissionais de saúde sobre duas definições de fragilidade no idoso. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 13, n. 4, p. 1181-8, 2008.

THOMAZI, P. T. Aplicações educacionais mobile: a teoria das cores no processo de projeto em design. 2017.

TRONCHIN, D. M. R. et al. Educação permanente de profissionais de saúde em instituições públicas hospitalares. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 43, n. spe2, p. 1210-1215, 2009. ISSN 1980-220X.

UNESCO, B. O Futuro da Aprendizagem Móvel–Implicações para planejadores e gestores de políticas. **Acessível em** <http://unesdoc.unesco.org/images/0022/002280/228074POR.pdf>, **consultado a**, v. 10, 2014.

VALDÉS, G. V.; GONZÁLEZ, M. C. S. Mujeres mayas: envejecimiento, pobreza y vulnerabilidad. **Península**, v. 9, n. 2, p. 75-97, 2014. ISSN 1870-5766.

VELOSO, M. M. X. et al. Notificação da violência como estratégia de vigilância em saúde: perfil de uma metrópole do Brasil. **Ciência & saúde coletiva**. Rio de Janeiro. Vol. 18, n. 5 (2013), p. 1263-1272., 2013. ISSN 1413-8123.

VERAS, R. Fórum. Envelhecimento populacional e as informações de saúde do PNAD: demandas e desafios contemporâneos. Introdução. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, p. 2463-2466, 2007. ISSN 0102-311X. Disponível em: <
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007001000020&nrm=iso>.

_____. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Revista de Saúde Pública**, v. 43, p. 548-554, 2009. ISSN 0034-8910. Disponível em: <
http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000300020&nrm=iso>.

VERAS, R. P. Experiências e tendências internacionais de modelos de cuidado para com o idoso International Experiences and Trends in Health Care Models for the Elderly. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 1, p. 231-8, 2012.

VIEGAS, C. M. D. A. R.; DE BARROS, M. F. Abandono Afetivo Inverso: O Abandono do Idoso e a Violação do Dever de Cuidado por Parte da Prole. **Cadernos do Programa de Pós-Graduação em Direito-PPGDir./UFRGS**, v. 11, n. 3, ISSN 2317-8558.

VILELA, E. M.; MENDES, I. J. M. Interdisciplinaridade e saúde: estudo bibliográfico. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 11, n. 4, p. 525-531, 2003. ISSN 1518-8345.

WILLIG, M. H.; LENARDT, M. H.; MÉIER, M. J. A trajetória das políticas públicas do idoso no Brasil: breve análise. **Cogitare Enfermagem**, v. 17, n. 3, 2012. ISSN 2176-9133.

ZEGERS, P. B. Hijos adultos mayores al cuidado de sus padres, un fenómeno reciente. **Revista Médica Clínica Las Condes**, v. 23, n. 1, p. 77-83, 2012. ISSN 0716-8640.

ZIMMER, M. et al. Um aplicativo móvel para treino de memória em idosos: desenvolvimento e avaliação. **Anais Tise**, p. 715-18, 2013.

APÊNDICE A - Roteiro de entrevista semiestruturada

1. Sexo: () Feminino () Masculino
2. Área de formação: _____
3. Tempo de formação: _____ anos
4. Especialização () SIM () NÃO
- 4.1. Se sim, qual área? _____
5. Mestrado () SIM () NÃO
- 5.1. Se sim, qual área? _____
6. Doutorado () SIM () NÃO
- 6.1. Se sim, qual área? _____
7. Ocupação atual:
8. Local de Trabalho: _____
9. Na sua prática profissional, em que situações você presencia desrespeito ou violação do direito do dever de cuidado do idoso?
10. No seu campo de atuação, que ações você desenvolve para concretizar o direito do dever de cuidado do idoso? Caso não exista ação, você poderia justificar?
11. O que você entende por garantia do dever de cuidado com idoso?
12. Na sua opinião, como ocorre a garantia do direito de dever de cuidado do idoso no município de Mossoró/RN?
13. Na sua opinião, o que poderia melhorar a garantia do direito de dever de cuidado do idoso no município de Mossoró/RN?

APÊNDICE B - Termo De Consentimento Livre e Esclarecido dos experts

Prezado (a) participante,

Sou estudante do **Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Cognição, Tecnologias e Instituições (PPGCTI)**, da Universidade Federal Rural do Semiárido – UFERSA, Campus Mossoró/RN. Estou realizando uma pesquisa INTITULADA “**Desenvolvimento e validação de tecnologia do cuidado leve-dura para favorecimento à garantia do dever de cuidado com idoso no município de Mossoró/RN**” sob supervisão da professora orientadora Raimunda Hermelinda Maia Macena, cujo objetivo é desenvolver e **validar uma tecnologia educativa leve-dura para ampliação da garantia do dever de cuidado com idoso no município de Mossoró-RN**.

Sua participação envolve responder instrumento de avaliação sobre aspectos relativos ao conteúdo, linguagem e aparência.

A sua participação nesse estudo é voluntária e se você decidir não participar ou desistir de continuar em qualquer momento tem absoluta liberdade de fazê-lo.

Na publicação dos resultados desta pesquisa, sua identidade será mantida no mais rigoroso sigilo. Serão omitidas todas as informações que permitam identificá-lo(a).

Mesmo não tendo benefícios diretos em participar, indiretamente você estará contribuindo para a compreensão do assunto estudado e para a produção de conhecimento científico.

Quaisquer dúvidas relativas à pesquisa poderão ser esclarecidas pela pesquisadora fone (84) 996951609 ou pela entidade responsável – Comitê de Ética em Pesquisa da UERN.

Atenciosamente,

Nome de participante

Ulisséa de O. Duarte

Pesquisador(a) Responsável
Ulisséa de Oliveira Duarte

Raimunda Hermelinda Maia Macena

Pesquisador(a) Responsável
Raimunda Hermelinda Maia Macena

**CONSINTO EM PARTICIPAR DESTE ESTUDO E DECLARO
TER RECEBIDO UMA CÓPIA DESTE TERMO.**

APÊNDICE C - Perfil dos experts

- 1) Sexo: () Feminino () Masculino
- 2) Idade: _____ anos
- 3) Área de formação: _____
- 4) Tempo de formação: _____ anos
- 5) Especialização () SIM () NÃO
 - a) Se sim, qual área? _____
- 6) Mestrado () SIM () NÃO
 - a) Se sim, qual área? _____
- 7) Doutorado () SIM () NÃO
 - a) Se sim, qual área? _____
- 8) Ocupação atual: _____
- 9) Local de Trabalho: _____
- 10) Trabalha ou trabalhou direta ou indiretamente com idoso () SIM () NÃO
- 11) Ministra ou ministrou cursos/disciplina com ênfase em direito, idoso, construção de material de educação, comunicação e informação () SIM () NÃO
- 12) Desenvolve ou desenvolveu projeto de extensão com ênfase em direito, idoso, construção de material de educação, comunicação e informação () SIM () NÃO
- 13) Produção de artigo científico com ênfase em direito, idoso, construção de material de educação, comunicação e informação () SIM () NÃO
- 14) Produção de algum tipo de material impresso, científico ou não, com ênfase em direito, idoso, construção de material de educação, comunicação e informação () SIM () NÃO

APÊNDICE D - Rubrica de avaliação/validação do app por experts

ITEM	DISCORDO INTEIRAMENTE (1)	DISCORDO (2)	CONCORDO (3)	CONCORDO INTEIRAMENTE (4)	SUGESTÕES
QUANTO AO CONTEÚDO					
Relevância	Não é relevante para o profissional	É pouco relevante para o profissional	É adequadamente e relevante para o profissional	É muito relevante para o profissional	
Adequação conceitual	Não é adaptado para os profissionais e os conteúdos não correspondem ao processo de ensino-aprendizagem necessário a garantia do dever do cuidado do idoso.	É pouco adaptado para os profissionais e o conteúdo é melhorável para o ensino e aprendizagem necessários à garantia do dever do cuidado do idoso.	Adapta-se aos profissionais, com um conteúdo apropriado para o processo de ensino-aprendizagem necessário a garantia do dever do cuidado do idoso.	Adapta-se aos profissionais tornando-os conhecedores de metas que devem ser alcançadas; Conteúdo relevante e significativo para o ensino e Processo de aprendizagem necessário a garantia do dever do cuidado do idoso.	
Apresentação das informações	Alta dificuldade de localizar a informação	Dificuldade de localizar a informação	Fácil de localizar a informação	Muito fácil de localizar a informação	
QUANTO A LINGUAGEM					
Clareza	Muito confuso	Confuso	Claro	Muito claro	
Compreensão de textos.	Muito complexo	Complexo	Simples	Muito simples	
Objetividade.	Muito prolixo	Prolixo	Objetivo	Muito objetivo	
QUANTO A APARENCIA					
Nitidez	Muito confuso	Confuso	Nítido	Muito nítido	
Compreensão de ilustrações	Muito complexo	Complexo	Simples	Muito simples	
Imagens e composição visual	Projeto básico	Projeto simples.	Projeto excelente e muito inovador.	Projeto divertido, inovador, moderno e bem desenhado.	
Atratividade	Não é atrativo ou motivador para o profissional	É pouco atrativo e motivador para o profissional	É adequadamente e atrativo e motivador para o profissional	É muito atrativo e motivador para o profissional	
Organização/lay out	Antiquado, projeto básico.	Antiquado, mas correto desempenho.	Excelente e muito inovador.	Divertido, inovador, moderno e bem desenhado.	

Adaptado de María Pilar Urbano Barco e Luís Escobar Timón, disponível em <http://corubric.com/index.php?r=public-rubric>

ANEXO I - Unidades Básicas de Saúde do município de Mossoró/RN registradas no CNES

UBS	Nº ACS	Nº ENFERMEIRO ESF	Nº MÉDICO ESF	Nº ASSISTENTE SOCIAL
Vereador Lahyre Rosado – Bairro: Sumaré	05	01	01	0
Vereador Durval Costa – Bairro: Walfredo Gurgel	08	01	01	01
Sinharinha Borges – Bairro: Barrocas	08	01	01	0
Raimundo Rene Carlos Castro – Bairro: Boa Vista	05	01	01	0
Piquiri – Bairro: Zona Rural	02	01	01	0
Mario Lucio de Medeiros – Bairro: Alto da Pelonha	08	01	01	0
Marina Ferreira – Bairro: Zona Rural	04	01	01	0
Maria Soares da Costa - Bairro: São Manoel	10	01	01	0
Maria Neide da Silva Souza – Bairro: Dom Jaime Câmara	05	01	01	01
Marcos Raimundo Costa – Bairro: Belo Horizonte	08	01	01	0
Luiza Vanessa da Silva Marinho – Bairro: Zona Rural	06	01	01	0
Izabel Bezerra de Araujo – Bairro: Zona Rural do Jucuri	05	01	01	0
Hipolito – Bairro: Zona Rural	06	01	01	0
Francisco Pereira Azevedo – Bairro: Liberdade I	08	01	01	0
Francisco Neto da Luz – Bairro: Zona Rural	07	01	01	0
Francisco Marques da Silva – Bairro: São Manoel	07	01	01	0
Francisco Canindé Ferreira – Bairro: Apodi	05	01	01	0
Enfermeira Conchita Escossia Ciarlini – Bairro: Abolição II	06	01	01	0
Elias Honorato – Bairro: Zona Rural	08	01	01	0
Duclecio Antonio de Medeiros – Bairro: Teimosos1	06	01	01	01
Dr. Sueldo Camara - Bairro: Aeroporto II	09	01	01	0
Dr. Paulo Jansem Dantas – Bairro: Zona Rural, Assentamento Real	06	01	01	0
Dr. Moises Costa Lopes – Bairro: Redenção I	08	01	01	0
Dr. Luís Escolástico Bezerra – Bairro: Santa Delmira	11	01	01	0
Dr. Lucas Benjamim – Bairro: Abolição III2	09	01	01	01
Dr. José Leão – Bairro: Alto da Conceição	06	01	01	0
Dr. José Holanda Cavalcante – Bairro: Dom Jaime Câmara3	06	01	01	01
Dr. José Fernandes de Melo – Bairro: Lagoa do Mato 4	06	01	01	01
Dr. Joaquim Saldanha – Bairro: Santo Antônio	07	01	01	0

Dr. Ildone Cavalcante de Freitas – Bairro: Barrocas	07	01	01	01
Dr. Helenio Gurgel – Bairro: Pereiros5	07	01	01	01
Dr. Francisco Nazareno Gurgel – Bairro: Dix Sept Rosado	03	01	01	0
Dr. Eptácio da Costa Carvalho – Bairro: Costa e Silva	06	01	01	0
Dr. Cid Salem Duarte – Bairro: Abolição IV	09	01	01	0
Dr. Chico Porto – Bairro: Ouro Negro	07	01	01	01
Dr. Chico Costa – Bairro: Santo Antônio	08	01	01	0
Dr. Antônio Soares Júnior – Bairro: Bom Jesus	08	01	01	02
Dr. Aguinaldo Pereira - Bairro: Costa e Silva	09	01	01	0
Penit Agrícola Mário Negócio – Bairro: Zona Rural Riacho Grande	02	01	01	0
Bernadete Bezerra de Souza Ramos – Bairro: Liberdade II	07	01	01	0
Antônio Camilo – Bairro: Ilha de Santa Luzia	08	01	01	0
Alcides Martins Veras – Bairro: Zona Rural Passagem	03	01	01	0
TOTAL (41 UBS)	279	42	42	11

- 1- Obs: 01 enfermeiro não incluso na saúde da família.
2- Obs: 01 enfermeiro não incluso na saúde da família.
3- Obs: 02 enfermeiros não inclusos na saúde da família
4- Obs: 01 enfermeiro não incluso na saúde da família
5- Obs: 01 enfermeiro não incluso na saúde da família
6- Obs: 02 enfermeiros não inclusos na saúde da família

ANEXO II - Termo Consentimento Livre e Esclarecido

Este é um convite para você participar da pesquisa **“Desenvolvimento e validação de tecnologia leve para favorecimento a garantia do dever de cuidado com idoso no município de Mossoró/RN”** coordenada pelo (a) **Prof(a). Dra. Raimunda Hermelinda Maia Macena** e que segue as recomendações das resoluções 466/12 e 510/16 do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares. Sua participação é voluntária, o que significa que você poderá desistir a qualquer momento, retirando seu consentimento sem que isso lhe traga nenhum prejuízo ou penalidade.

Caso decida aceitar o convite, o profissional será submetido ao seguinte procedimento: realização de uma entrevista semiestruturada. As entrevistas serão agendadas e realizadas de forma individual de acordo com minha disponibilidade, em ambiente tranquilo com gravação de voz na íntegra através do Sony ICD-PX240, cujas informações coletadas serão transcritas na íntegra e a análise das falas serão realizadas a partir da técnica de análise de conteúdo, cuja responsabilidade de aplicação é da discente Ulisséa de Oliveira Duarte (uod@hotmail.com), formação em mestrado no **Programa de Pós-graduação Interdisciplinar em Cognição, Tecnologias e Instituições (PPGCTI)**, da Universidade Federal Rural do Semiárido – UFRSA, Campus Mossoró/RN curso do Campus Avançado. As informações coletadas serão organizadas em banco de dados em programa estatístico e analisadas a partir de técnicas de estatística descritiva e inferencial.

Essa pesquisa tem como objetivo geral: **“desenvolver e validar uma tecnologia leve-dura para ampliação da garantia do dever de cuidado com idoso no município de Mossoró-RN”** E como objetivos específicos: **identificar os conhecimentos e atitudes dos profissionais envolvidos garantia do dever de cuidado com idoso no município de Mossoró-RN; desenvolver uma tecnologia leve-dura sobre a garantia do dever de cuidado com idoso; e realizar validação de aparência e do conteúdo da tecnologia leve-dura sobre a garantia do dever de cuidado com idoso.**

O benefício desta pesquisa é em poder fornecerem informações que poderão ser utilizadas como contribuição para garantia do dever de cuidado com idoso no município de Mossoró-RN.

Os riscos mínimos que o participante da pesquisa estará exposto são de constrangimento dos profissionais entrevistados e da quebra de sigilo de informações coletadas, porém, o constrangimento será dirimido com a aplicação do instrumento de coleta de dados de forma individual e todo o cuidado para garantir do sigilo das informações serão tomadas, não sendo revelada nem divulgada a identificação dos participantes, sendo inclusive sua identidade resguardada, visto que os profissionais serão identificados na pesquisa através de letras e números.

Esses riscos serão minimizados mediante: Garantia do anonimato/privacidade do participante na pesquisa, onde não será preciso colocar o nome do mesmo; Para manter o sigilo e o respeito ao participante da pesquisa, apenas a discente Ulisséa de Oliveira Duarte aplicará o questionário/entrevista e somente a discente mencionada e o pesquisador responsável poderão manusear e guardar os questionários; Sigilo das informações por ocasião da publicação dos resultados, visto que não será divulgado dado que identifique o participante; Garantia que o participante se sinta a vontade para responder aos questionários e Anuência das Instituições de ensino para a realização da pesquisa.

Os dados coletados serão, ao final da pesquisa, armazenados em CD-ROM e caixa arquivo, guardada por no mínimo cinco anos sob a responsabilidade do pesquisador responsável (orientador) no Departamento de Fisioterapia, a fim de garantir a confidencialidade, a privacidade e a segurança das informações coletadas, e a divulgação dos resultados será feita de forma a não identificar os participantes e o responsável.

Você ficará com uma via original deste TCLE e toda a dúvida que você tiver a respeito desta pesquisa, poderá perguntar diretamente para o pesquisador da Universidade Federal Rural do Semiárido (UFRSA) do Estado do Rio Grande do Norte/RN, Campus Mossoró, no endereço Av. Francisco Mota, 572 - Costa e Silva, Mossoró - RN, 59625-900, Tel.(84) 33178200. Dúvidas a respeito da ética desta pesquisa poderão ser questionadas ao **Comitê de Ética em Pesquisa (CEP-UERN)** -Campus Universitário Central - Centro de Convivência. BR 110, KM 48 Rua: Prof. Antonio Campos, S/N, Costa e Silva.Tel: (84) 3312-7032. e-mail: cep@uern.br / CEP 59.610-090.

Se para o participante houver gasto de qualquer natureza, em virtude da sua participação nesse estudo, é garantido o direito a indenização (Res. 466/12 II.7) – cobertura material para reparar dano – e/ou ressarcimento (Res. 466/12 II.21) – compensação material, exclusivamente de despesas do participante e seus acompanhantes, quando necessário, tais como transporte e alimentação – sob a responsabilidade do (a)pesquisador(a) Ulissea de Oliveira Duarte (uod@hotmail.com).

Não será efetuada nenhuma forma de gratificação por sua participação. Os dados coletados farão parte do nosso trabalho, podendo ser divulgados em eventos científicos e publicados em revistas nacionais ou internacionais. O pesquisador estará à disposição para qualquer esclarecimento durante todo o processo de desenvolvimento deste estudo. Após todas essas informações, agradeço antecipadamente sua atenção e colaboração.

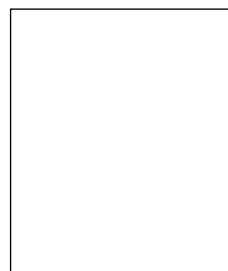
Consentimento Livre

Concordo em participar desta pesquisa “**Desenvolvimento e validação de tecnologia leve para favorecimento a garantia do dever de cuidado com idoso no município de Mossoró/RN**”. Declarando, para os devidos fins, que fui devidamente esclarecido quanto aos objetivos da pesquisa, aos procedimentos a qual serei submetido (a) e dos possíveis riscos que possam advir de tal participação. Foram garantidos a mim esclarecimentos que venham a solicitar durante a pesquisa e o direito de desistir da participação em qualquer momento, sem que minha desistência implique em qualquer prejuízo a minha pessoa ou a minha família. Autorizo assim, a publicação dos dados da pesquisa, a qual me garante o anonimato e o sigilo dos dados referentes à minha identificação.

Cidade, ____/____/____.

Assinatura do Pesquisador

Assinatura do Participante



Ulisséa de Oliveira Duarte - Aluna do programa de pós-graduação interdisciplinar em cognição, tecnologias e instituições (PPGCTI), da Universidade Federal Rural do Semiárido – UFRSA, Campus Mossoró/RN, no endereço Av. Francisco Mota, 572 - Costa e Silva, Mossoró - RN, 59625-900 Tel.(84) 33178200, Prof(a). **Dra. Raimunda Hermelinda Maia Macena** (Orientadora da Pesquisa – Pesquisadora Responsável) - Curso de Ciências da Saúde, da Universidade Federal do Ceará – UFC, Campus Fortaleza, no endereço Rua Alexandre Baraúna, 949, Rodolfo Teófilo, CEP: 60430160, Fortaleza. Tel.(85) 33668002.

Comitê de Ética em Pesquisa (CEP-UERN), Campus Universitário Central - Centro de Convivência. BR 110, KM 48 Rua: Prof. Antonio Campos, S/N, Costa e Silva. Tel: (84) 3312-7032. e-mail: cep@uern.br / CEP 59.610-090

ANEXO III - Termo de autorização para uso de áudio

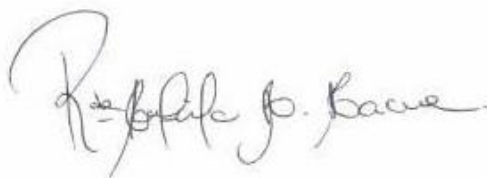
Eu _____ depois de conhecer e entender os objetivos, procedimentos metodológicos, riscos e benefícios da pesquisa, bem como de estar ciente da necessidade da gravação de áudio produzido por mim, especificados no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), AUTORIZO, através do presente termo, os pesquisadores Ulisséa de Oliveira Duarte e Raimunda Hermelinda Maia Macena do projeto de pesquisa intitulado “**Desenvolvimento e validação de tecnologia do cuidado leve-dura para favorecimento à garantia do dever de cuidado com idoso no município de Mossoró/RN**” a realizar captação de áudios que se façam necessários sem quaisquer ônus financeiros a nenhuma das partes. Ao mesmo tempo, libero a utilização destes áudios (suas respectivas cópias) para fins científicos e de estudos, em favor dos pesquisadores da pesquisa, acima especificados, obedecendo ao que está previsto nas Leis que resguardam os direitos das crianças e adolescentes (ECA, Lei N.º 8.069/ 1990), dos idosos (Lei N.º 10.741/2003) e das pessoas com deficiência (Decreto Nº 3.298/1999, alterado pelo Decreto Nº 5.296/2004).

Mossoró - RN, ____ de _____ de 2017

Assinatura do participante da pesquisa



Pesquisador(a) Responsável
Ulisséa de Oliveira Duarte



Pesquisador(a) Responsável
Raimunda Hermelinda Maia Macena

CONSINTO EM PARTICIPAR DESTE ESTUDO E DECLARO TER RECEBIDO UMA CÓPIA DESTE TERMO.

ANEXO IV - Parecer CEP

UERN - UNIVERSIDADE DO
ESTADO DO RIO GRANDE DO
NORTE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: DESENVOLVIMENTO E VALIDAÇÃO DE TECNOLOGIA LEVE PARA FAVORECIMENTO A GARANTIA DO DEVER DE CUIDADO COM IDOSO NO MUNICÍPIO DE MOSSORÓ-RN

Pesquisador: ULISSEA DE OLIVEIRA DUARTE

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 71828117.1.0000.5294

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO SEMI-ÁRIDO - UFERSA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.292.854

Apresentação do Projeto:

A população de idosos vem crescendo mais rapidamente do que qualquer outra faixa etária no Brasil e mundo. O ato de envelhecer impõe ao Estado a responsabilidade de estabelecer políticas públicas que possam ampliar e garantir os direitos dos idosos. Os direitos previstos no Estatuto do Idoso, em especial o dever de cuidado, objeto de estudo, deve ser trabalhado em equipe multiprofissional, requerendo uma ação integrada alicerçada em um modelo interdisciplinar entre profissionais da área da Saúde, Direito, Assistência Social e das entidades voltadas para defesa dos direitos e proteção dos idosos. Será desenvolvida uma pesquisa de desenvolvimento, também dita de cunho tecnológico, qualitativa a ser desenvolvida no município de Mossoró-RN. O projeto será desenvolvido no seguinte campo amostral: 05 (cinco) juízes; 01 (um) promotor de justiça; 04 (quatro) defensores públicos; 08 (oito) médicos; 08 (oito) enfermeiros e 05 (cinco) assistentes sociais. Totalizando 31 (trinta e um) entrevistados. Para coleta de dados será realizada entrevista semiestruturada, que possibilita ao entrevistado discorrer sobre o tema proposto, sem respostas ou condições pré-estabelecidas pelo pesquisador, com todos os sujeitos do estudo no período de setembro a novembro/2017. Será utilizada a técnica de análise de conteúdo.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Endereço: Avenida Professor Antônio Campos, s/nº, BR 110, km 48 - Campus Central - UERN
Bairro: Presidente Costa e Silva **CEP:** 59.610-090
UF: RN **Município:** MOSSORÓ

ANEXO V - Comprovante de submissão do artigo

Você encaminhou esta mensagem em 19/06/2018 22:07

Sta. ULISSÉA DE OLIVEIRA DUARTE,

Agradecemos a submissão do trabalho "PERCEPÇÕES DOS PROFISSIONAIS DAS DIFERENTES ÁREAS DE ATENÇÃO AO IDOSO SOBRE A GARANTIA DO DEVER DE CUIDADO" para a revista Revista Kairós : Gerontologia.

Acompanhe o progresso da sua submissão por meio da interface de administração do sistema, disponível em:

URL da submissão:

<https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/author/submission/37893>

Login: u_lissea

Em caso de dúvidas, entre em contato via e-mail.

Agradecemos mais uma vez considerar nossa revista como meio de compartilhar seu trabalho.

Revista Kairós

Revista Kairós : Gerontologia

Revista Kairós Gerontologia

<http://revistas.pucsp.br/kairos>