



**UNIVERSIDADE MUNICIPAL DE SÃO CAETANO DO SUL
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO MESTRADO PROFISSIONAL
INOVAÇÃO NO ENSINO SUPERIOR EM SAÚDE**

CAMILA GOMES BRAGA

**CAPACITAÇÃO DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA SOBRE
AVALIAÇÃO FUNCIONAL NO IDOSO**

São Caetano do Sul

2020

CAMILA GOMES BRAGA

**CAPACITAÇÃO DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA SOBRE
AVALIAÇÃO FUNCIONAL NO IDOSO**

Trabalho final apresentado ao Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional Inovação no Ensino Superior em Saúde da Universidade Municipal de São Caetano do Sul como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde.

Área de Concentração: Inovações Educacionais em Saúde Orientada pela Integralidade do Cuidado.

Orientador: Prof. Dr. Carlos Alexandre Felício Brito

São Caetano do Sul

2020

FICHA CATALOGRÁFICA

B813c

Braga, Camila Gomes.

Capacitação das equipes de saúde da família sobre avaliação funcional no idoso. / Camila Gomes Braga. – 2020.

90 f.: il.

Orientador: Prof. Dr. Carlos Alexandre Felício Brito.

Dissertação (mestrado) – Programa de mestrado profissional Inovação no Ensino Superior em Saúde - (MIESS), Universidade Municipal de São Caetano do Sul - USCS, São Caetano do Sul, 2020.

1. Profissional da saúde (capacitação). 2. Metodologias ativas. 3. Saúde da família. 4. Avaliação do Idoso. 5. Envelhecimento. I. Brito, Carlos Alexandre Felício. II. Título.

TERMO DE APROVAÇÃO

CAMILA GOMES BRAGA

CAPACITAÇÃO DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA SOBRE AVALIAÇÃO FUNCIONAL NO IDOSO

Trabalho Final de Curso defendido e aprovado em 14/12/2020 pela Banca Examinadora constituída pelos professores:

Prof. Dr. Carlos Alexandre Felício Brito (USCS)

Prof. Dr. Arquimedes Pessoni (USCS)

Prof. Dr. Robson José Domingues (UEPA)

AGRADECIMENTOS

A Deus, que em Sua compaixão e amor infinitos, me amparou em todas as etapas para a concretização deste mestrado.

Aos meus queridos pais, sempre presentes em todas as jornadas que enfrentei na vida. Com amor e paciência me ajudaram a vencer mais esta.

Ao meu esposo e meu filho, que com paciência compreenderam minha ausência, para que este mestrado se tornasse realidade.

Aos meus companheiros de mestrado, em especial minha querida amiga Raquel de Abreu Barbosa de Paula, que como um anjo me guiou de forma muito carinhosa e gentil, sobretudo quando eu acreditava que não seria capaz de continuar.

Aos professores, que com generosidade nos permitiram desfrutar de seus conhecimentos, nos assumindo como joias a serem lapidadas e despertando em cada um de nós o desejo para inovar na educação.

Ao meu estimado orientador, professor Dr. Carlos Alexandre Felício Brito, que com gentileza e grande sabedoria, me conduziu em todas as fases para a conquista do título de mestre.

RESUMO

A população brasileira está envelhecendo rapidamente e juntamente com o crescimento da longevidade entre os idosos, levam ao surgimento de novas demandas e ao uso mais frequente dos serviços de saúde. A capacitação dos profissionais da estratégia saúde da família, para a avaliação da fragilidade e da capacidade funcional no idoso, é indispensável, para que tenham a compreensão factual (saúde do idoso), conceitual (protocolos de avaliação na saúde do idoso) e procedimental (utilização das ferramentas de avaliação do idoso). O objetivo foi capacitar os profissionais das equipes de saúde da família da Asa Oeste, para avaliação da fragilidade e capacidade funcional do idoso. Trata-se de um estudo de abordagem quantitativa de natureza intervencionista. A população desta amostra foi integrante das equipes da Estratégia Saúde da Família, região Oeste em Campo Mourão-PR. A amostra foi de conveniência não probabilística. A capacitação foi aplicada utilizando a Metodologia Ativa de Aprendizagem (MA), tendo como ferramenta o método *Team Based Learning (TBL)* ou Aprendizagem Baseada em Equipes (ABE). Foram realizadas as etapas de preparação pré-atividade com material impresso sobre o tema, aplicação do teste individual impresso como garantia de preparo, para verificação dos conhecimentos prévios do participante sobre o assunto, teste em grupo com utilização de teste impresso, *feedback* imediato, aplicação, discussão e aplicação do conhecimento por meio do teste de conhecimento, para averiguação da percepção do participante sobre o tema após a capacitação. No teste prévio, esperava-se encontrar algum conhecimento sobre o envelhecimento e a avaliação de fragilidade e capacidade funcional do idoso, conforme o grau de instrução (nível técnico ou superior) dos participantes. Os resultados esperados no teste após a capacitação, são a correta aplicação das ferramentas e a interpretação adequada, dos resultados obtidos pela utilização das mesmas, demonstrando a capacidade do profissional, para realizar o diagnóstico da fragilidade e da incapacidade funcional do idoso. Os dados foram analisados através de análise estatística por frequência absoluta e relativa. Os resultados obtidos após a intervenção, significam a mudança na percepção do profissional, em relação aos seus conhecimentos previamente avaliados. Os resultados também demonstraram o deslocamento positivo do nível de conhecimento dos participantes e ressalta a relevância da adoção de estratégias ativas, que mobilizam o participante e produzem bons resultados, no contexto da educação permanente em saúde. A educação permanente em saúde, agregada à utilização das metodologias ativas de ensino aprendizagem, se mostrou como uma ferramenta eficaz na qualificação dos profissionais da saúde da família.

Palavras-chave: Educação Permanente. Assistência Integral à Saúde do Idoso. Capacitação de Profissional de Saúde. Avaliação do Idoso. Idoso Fragilizado.

ABSTRACT

The Brazilian population is aging rapidly and, together with the growth in longevity *among the elderly, leads to the emergence of new demands and the more frequent* use of health services. Training of professionals in the family health strategy, for the assessment of fragility and capacity functional in the elderly, it is essential, so that they have the factual understanding (health of the elderly), conceptual (evaluation protocols in the health of the elderly) and procedural (use of the evaluation tools of the elderly). The objective was to train professionals from the Asa Oeste family health teams to assess the frailty and functional capacity of the elderly. This is a quantitative study of an interventionist nature. The population in this sample was a member of the Family Health Strategy teams, in the western region of Campo Mourão-PR. The sample was of non-probabilistic convenience. The training was applied using the Active Learning Methodology (MA) using the Team Based Learning (TBL) or Team Based Learning (ABE) method. The pre-activity preparation steps were carried out with printed material on the topic, application of the individual printed test as a guarantee of preparation, to verify the participant's previous knowledge on the subject, group test using printed test, immediate feedback, appeal, discussion and application of knowledge through the knowledge test, to ascertain the participant's perception of the topic after training. In the previous test, it was expected to find some knowledge about aging and the assessment of frailty and functional capacity of the elderly, according to the level of education (technical level or higher) of the participants. The results expected in the test after training are the correct application of the tools and the proper interpretation of the results obtained by using them, demonstrating the professional's ability to diagnose frailty and functional disability in the elderly. The data were analyzed through statistical analysis by absolute and relative frequency. The results obtained after the intervention, mean a change in the professional's perception, in relation to his previously evaluated knowledge. The results also demonstrated the positive shift in the level of knowledge of the participants and highlights the relevance of adopting active strategies, which mobilize the participant and produce good results, in the context of permanent health education. Permanent health education, combined with the use of active teaching and learning methodologies, proved to be an effective tool in the qualification of family health professionals.

Keywords: Permanent Education. Comprehensive Health Care for the Elderly. Training of Health Professionals. Evaluation of the Elderly. Frail Elderly.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Gênero dos profissionais participantes da pesquisa, atuantes na estratégia saúde da família, da Asa Oeste de Campo Mourão-PR.....	29
Figura 2 – Idade dos participantes da pesquisa, atuantes na ESF da Asa Oeste, Campo Mourão-PR	30
Figura 3 – Local de trabalho dos profissionais participantes da pesquisa, da ESF da Asa Oeste, Campo Mourão-PR.....	31
Figura 4 – Profissão dos indivíduos participantes da pesquisa, atuantes na ESF da Asa Oeste, Campo Mourão-PR.....	32
Figura 5 – Tempo de atuação dos profissionais participantes da pesquisa, na ESF da Asa Oeste, Campo Mourão-PR.....	33
Figura 6 – Mudanças multifatoriais no processo de envelhecimento	34
Figura 7 – Aspectos gerais e demográficos do envelhecimento	35
Figura 8 – Aspectos da fragilidade do idoso	36
Figura 9 – Instrumentos de avaliação VES-13 e IVCF-20.....	37
Figura 10 – VES-13 (Protocolo de Identificação do Idoso Vulnerável).....	38
Figura 11 – Estratificação de risco do idoso (VES-13) – caso simulado	39
Figura 12 – Estratificação de risco e grau de fragilidade do idoso	40
Figura 13 – VES-13 na avaliação do idoso, quanto ao item 3, letra E	40
Figura 14 – Dimensões avaliadas no IVCF–20 (Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional)	41
Figura 15 – Classificação de risco dos idosos segundo o IVCF-20.....	42
Figura 16 – Índice de Katz – caso simulado.....	43
Figura 17– Índice de Lawton-Brody- caso simulado.....	43
Figura 18 – IVCF-20 e a estratificação de risco do idoso – caso simulado	44

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	9
1.1	Contexto	9
1.1.1	Objetivo geral.....	13
1.1.2	Objetivos específicos	13
2	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	15
2.1	Educação permanente em saúde.....	15
2.2	Aprendizagem por meio da estratégia das metodologias ativas	16
2.3	Aspectos do envelhecimento humano.....	18
2.4	Longevidade e aspectos demográficos do envelhecimento	18
2.5	Capacidade funcional e declínio funcional do idoso	20
2.6	Atenção à saúde do idoso na estratégia saúde da família	21
3	PLANO DE TRABALHO E MÉTODOS.....	24
3.1	Tipo de estudo.....	24
3.2	Local.....	24
3.3	Amostra	24
3.3.1	Critérios de inclusão	25
3.3.2	Critérios de exclusão	25
3.4	Coleta de dados e termo de consentimento livre e esclarecido	25
3.5	Procedimentos	26
3.6	Método estatístico	27
3.6.1	Cálculo do tamanho da amostra	27
3.6.2	Análise estatística	28
3.7	Aspectos éticos	28
4	RESULTADOS	29
4.1	Dados sociodemográficos	29
4.1.1	Perfil de gênero.....	29
4.1.2	Perfil de idade dos profissionais	30
4.1.3	Distribuição da amostra conforme o local de trabalho	31

4.1.4	Perfil profissional da amostra.....	32
4.1.5	Perfil de tempo de trabalho na estratégia saúde da família	33
4.2	Teste individual (teste de conhecimento prévio/garantia de preparo) pré intervenção.....	33
4.2.1	Avaliação pré intervenção – perfil de respostas dos 40 participantes no teste de garantia de preparo.....	34
4.3	Avaliação individual (teste de conhecimento) após a intervenção	37
4.3.1	Teste individual de conhecimento (nível técnico) – perfil de respostas dos participantes	38
4.3.2	Teste individual de aprendizagem (nível superior) – perfil de respostas dos participantes	41
5	DISCUSSÃO	46
6	PRODUTO FINAL	50
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	51
	REFERÊNCIAS	52
	APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	55
	APÊNDICE B – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	58
	APÊNDICE C – DECLARAÇÃO DE COMPROMISSO	61
	APÊNDICE D – DECLARAÇÃO DE EXISTÊNCIA DE INFRAESTRUTURA	63
	APÊNDICE E – DECLARAÇÃO DE COLETA DE DADOS NÃO INICIADA.....	64
	APÊNDICE F – CARTA DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL.....	65
	APÊNDICE G – CONVITE PARA PARTICIPAÇÃO DA PESQUISA	66
	APÊNDICE H – PRODUTO FINAL DO MESTRADO	67
	ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	87

1 INTRODUÇÃO

1.1 Contexto

A Educação Permanente em Saúde (EPS) é uma estratégia que busca a qualificação profissional por meio do aperfeiçoamento constante dos trabalhadores da saúde. Ao estudar as demandas/problemas que surgem no contexto dos serviços de saúde, de maneira participativa, os profissionais encontram soluções para a melhoria dos serviços prestados, fortalecendo o processo de trabalho nas várias esferas do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2018).

O aumento da população idosa destaca-se em todo o mundo, e no Brasil o mesmo processo ocorre de forma crescente e rápida. Alguns fatores importantes contribuíram para que o país atingisse este índice, como por exemplo, a redução da taxa de mortalidade infantil e a diminuição da fecundidade (FONSECA, 2010).

A população brasileira está envelhecendo rapidamente e juntamente com o crescimento da longevidade entre os idosos, levam à busca frequente por atendimento de saúde. Apesar do adoecer, ser uma peculiaridade na velhice, não está sempre associada à dependência funcional. O envelhecimento se caracteriza pelo maior risco de vulnerabilidade (PARANÁ, 2017a).

O declínio funcional tem por característica a perda da autonomia e/ou da independência. A manutenção da autonomia do idoso está ligada ao funcionamento integrado e harmônico de condições como a cognição, humor, comportamento, mobilidade e comunicação (PARANÁ, 2018).

O declínio funcional ocorre progressivamente, com sintomatologia inespecífica e algumas vezes atípica, sendo identificado pela avaliação da capacidade de executar as atividades básicas da vida diária bem como as atividades instrumentais da vida diária (FONSECA, 2010).

A fragilidade, conforme Paraná (2017a), representa o grau de vulnerabilidade do idoso à condição de dependência funcional, institucionalização e até mesmo a morte.

A longevidade somada a uma maior expectativa de vida da população, requer uma reflexão sobre o planejamento acerca da assistência à saúde dos idosos, adequada às condições físicas e mentais deste grupo etário (PARANÁ, 2018).

Os profissionais da atenção primária à saúde estão em uma posição de proximidade ideal, em relação ao usuário dentro da estrutura dos serviços de saúde e são os profissionais mais adequados para avaliar a fragilidade e a capacidade funcional nos idosos (PARANÁ, 2018).

Campo Mourão é uma cidade do interior do estado do Paraná, tem a população estimada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em agosto de 2019 (com base no censo de 2010) em 94.859 habitantes. Os idosos neste município são 7,8% da população (IBGE, 2019).

A Asa Oeste compreende o setor Lar Paraná e conta com quatro equipes de saúde da família, que atendem aos bairros Vila Cândida, Cohapar, Pio XII e Danferi. A população cadastrada nestas equipes totaliza 16.872 habitantes, onde 19 % são idosos.

Mesmo sendo positiva a experiência da implantação das equipes de saúde da família no Município, as estratégias que abordam a saúde do idoso, respaldadas nas políticas de saúde do Ministério da Saúde, não foram incorporadas ao processo de trabalho destas equipes.

As equipes de saúde da família, que abrangem a Asa Oeste (Lar Paraná) do município de Campo Mourão – PR, não receberam nenhum tipo de treinamento sobre saúde do idoso, desde a implantação das mesmas, segundo informação da Secretaria Municipal de Saúde.

Apesar da existência de diretrizes assistenciais, operacionais e de gestão nacionais e estaduais sobre a saúde do idoso, nunca houve a aplicação destes na prática assistencial destas equipes.

Neste contexto é indispensável a capacitação dos profissionais da estratégia saúde da família, para que sejam capazes de utilizar as ferramentas de avaliação da fragilidade e da capacidade funcional no idoso, para que tenham a compreensão factual (saúde do idoso), conceitual (protocolos de avaliação na saúde do idoso), procedimental (utilização das ferramentas de avaliação do idoso).

Ainda com a capacitação, foram promovidas a aplicação dos conteúdos sobre o tema, tendo em vista os protocolos de assistência à saúde do idoso, a análise considerando a utilização dos testes individuais e em grupo, e por fim a avaliação e síntese dos resultados obtidos na intervenção.

A Secretaria de Saúde dispõe de um programa de educação permanente voltada aos profissionais que atuam na atenção primária à saúde. Os treinamentos são realizados mensalmente, em horário de trabalho dos profissionais, ocorrem por meio de aulas expositivas sem qualquer forma de avaliação para verificação se o objetivo de aprendizagem foi alcançado. Soma-se ainda o fato, de que a saúde do idoso não é abordada como temática em nenhum dos treinamentos da agenda institucional.

Para o melhor aproveitamento de um conteúdo dentro de um programa de educação permanente, a escolha de metodologias que proporcionem um pensamento crítico do sujeito acerca do contexto dos serviços de saúde, torna-se algo relevante na educação constante dentro do processo de trabalho, pois favorece a compreensão da realidade. Desta maneira a educação permanente permite o encontro com a realidade, contribuindo para a reflexão e busca de soluções, e conseqüentemente a melhor qualificação dos profissionais e de seu processo de trabalho (CAMPOS; SENA; SILVA, 2017).

Ao assistir a uma palestra (escutar) passivamente o ouvinte alcança somente 5% de retenção de conhecimento, enquanto que utilizando um método ativo de ensino o mesmo pode alcançar de 50% a 85% de aproveitamento a depender da escolha da ferramenta (CAMARGO; DAROS, 2018).

A metodologia de aprendizagem ativa (MA) parte do princípio de que a educação deve ser crítico-reflexiva, destacando o estímulo ao aluno no processo ensino-aprendizagem, buscando a integração do educando na busca pelo conhecimento (MACEDO et al., 2018).

Para Diesel, Baldez e Martins (2017) na MA a aprendizagem ocorre pela ação, colocando o estudante no centro dos processos de ensino e de aprendizagem, e não somente expectador dos conteúdos apresentados.

A *Team Based Learning (TBL)* ou aprendizagem baseada em equipes é uma estratégia instrucional, contemplada na MA, cujo método propõe-se a induzir os

estudantes à preparação prévia (estudo) para as atividades em classe. É uma ferramenta educacional que possibilita a interação e colaboração no trabalho dos alunos, sendo estes responsabilizados pelo seu preparo antes da aula e em colaborar com os membros da equipe para resolver problemas e na tomada de decisões (BOLLELA et al., 2014).

A possível hipótese para esta pesquisa é de que:

- Os profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF), em suas diferentes funções, serão capazes de utilizar corretamente as ferramentas de avaliação da fragilidade e capacidade funcional do idoso – Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional-20 (IVCF-20), *Vulnerable Elders Survey* (VES-13) –, (Índice de Lawton, Índice de Katz), no âmbito da atenção primária à saúde, pois a utilização da metodologia ativa de aprendizagem conduz à uma construção do conhecimento de forma construtiva, crítica e reflexiva com melhores resultados na sedimentação do conteúdo trabalhado.

Os profissionais da atenção primária à saúde, especialmente os integrantes da ESF, estão em uma posição de proximidade ideal, em relação ao usuário dentro da estrutura dos serviços de saúde e são os profissionais mais adequados para avaliar a fragilidade e a capacidade funcional nos idosos (PARANÁ, 2018).

Diante do rápido envelhecimento populacional, se destaca a necessidade da adoção de estratégias na Atenção Primária à Saúde (APS), que incluam a utilização de instrumentos para a identificação do idoso frágil e o reconhecimento do declínio funcional dos mesmos. As políticas nacionais e estaduais de saúde do idoso, trazem vários protocolos, diretrizes, linhas guia de cuidado voltadas para a atenção à saúde da pessoa idosa. A utilização de instrumentos de avaliação do idoso é permitida aos profissionais da ESF, estando respaldados pelos protocolos (nacionais e estaduais) de assistência à saúde do idoso, quando estão devidamente capacitados para tal atividade (PARANÁ, 2017b).

O VES-13 é um instrumento de fácil aplicação com capacidade para reconhecer o idoso em condições de risco de declínio funcional. Esta ferramenta pode ser aplicada por profissionais de nível médio (Agente Comunitário de Saúde – ACS e técnicos de enfermagem), integrantes das ESF previamente treinados e supervisionados pelo

enfermeiro da Unidade Básica de Saúde (UBS). Sua aplicação não requer o uso de recursos ou informações de alta complexidade. Utiliza informações capazes de avaliar as habilidades necessárias ao idoso para a execução das tarefas do cotidiano (PARANÁ, 2017a).

O Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional-20 (IVCF-20) é um questionário simples, cujo resultado revela os principais determinantes da saúde do idoso. Pode ser aplicado por qualquer profissional de nível superior (médico, enfermeiro, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, assistente social) em sua prática na ESF (PARANÁ, 2017a).

O Índice de Katz, deve ser aplicado por profissional de nível superior na APS durante a avaliação multidimensional. Este instrumento indica o declínio funcional da pessoa idosa, por meio da avaliação das atividades básicas da vida diária (PARANÁ, 2017).

O Índice de Lawton é um instrumento que avalia as atividades instrumentais da vida diária ou atividades complexas da vida diária. Utiliza uma escala que demonstra o declínio funcional do idoso. Este instrumento associado ao Índice de Katz é capaz de reconhecer a capacidade funcional do idoso (PARANÁ, 2017).

1.1.1 Objetivo geral

Capacitar os profissionais das equipes de saúde da família da Asa Oeste (Lar Paraná), para avaliação da fragilidade e capacidade funcional do idoso no âmbito da atenção primária.

1.1.2 Objetivos específicos

- Realizar o curso de capacitação para a ESF, sobre a forma de utilização dos instrumentos de avaliação da fragilidade e capacidade funcional no idoso, contemplados nos protocolos de assistência à saúde do idoso do Ministério da Saúde e do estado do Paraná, tornando-os capazes de reconhecer o nível de fragilidade e declínio funcional na prática assistencial da APS.

- Comparar as diferenças encontradas nos resultados dos profissionais das equipes de saúde de família, após a capacitação para avaliação da fragilidade funcional do idoso, considerando o teste prévio e de avaliação de conhecimento.
- Criar uma proposta de ensino com uma sequência didática, para capacitação de equipes de saúde da família sobre a avaliação funcional do idoso.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 Educação permanente em saúde

A educação permanente em saúde (EPS), teve seu início pela institucionalização dos serviços de saúde, em destaque no Movimento da Reforma Sanitária e implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) (CAMPOS; SENA; SILVA, 2017).

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde foi legalizada pela portaria GM/MS nº 198, de 13 de fevereiro de 2004, e suas diretrizes de implementação foram publicadas na portaria GM/MS 1996, de 20 de agosto de 2007 (BRASIL, 2018).

De acordo com Arruda et al. (2008) a EPS, se destaca pela ideia de aprendizagem significativa, ou seja, o aprendizado deve envolver o processo e os sujeitos envolvidos nele.

A capacitação deve estar estruturada partindo da problematização tendo em vista os processos de trabalho. Dessa maneira, a EPS é compreendida como a aprendizagem no trabalho, e o processo de aprender ser torna rotina dentro cotidiano laboral (ARRUDA et al., 2008).

Ao utilizar a problematização, esta permite a reflexão crítica da realidade e da prática, onde o conhecimento em ação marca com mudanças as estruturas sociais no contexto. Os programas de capacitação que tomam a prática da problematização elevam a percepção sobre relevância do comprometimento pela oportunidade da reflexão na rotina do trabalho na área de saúde (CAMPOS; SENA; SILVA, 2017).

Na EPS podem ocorrer algumas dificuldades, no que se refere aos profissionais em reconhecer nos problemas do cotidiano, os principais elementos para o exercício da educação permanente. A matéria-prima do aprendizado é extraída a partir dos problemas e das necessidades presentes no serviço de saúde. Assim, é importante compreender que as práticas educativas podem tomar como fonte a realidade do serviço, entretanto, é necessário fazer a correta leitura desta realidade para transformá-la (CAMPOS; SENA; SILVA, 2017).

Ao utilizar subsídios teóricos adequados, é possível clarear esse olhar crítico dos profissionais e gestores de saúde, tornando-os hábeis para a leitura de problemas complexos do cotidiano e a construção de soluções (CAMPOS; SENA; SILVA, 2017).

A EPS tem como maior objetivo ser útil às mudanças das práticas profissionais e a estrutura organizacional do processo de trabalho. Considerando as necessidades de saúde das pessoas que trabalham e das populações atendidas por elas, a EPS deve promover transformações como a construção de uma instituição democrática voltada para o desenvolvimento da capacidade de aprendizagem, de habilidades docentes e da busca por resolver situações de maneira inovadora (ARRUDA et al., 2008).

A educação permanente foi agregada às políticas públicas de saúde como uma maneira de desenvolver a educação profissional pela problematização e inovação, buscando a contextualização e reflexão da realidade (CAMPOS; SENA; SILVA, 2017).

A inovação deve acompanhar a educação permanente, de maneira constante, afim de despertar interesse e o ânimo das partes envolvidas no processo de trabalho, em uma busca contínua por novas experiências de aprendizagem. Consiste em um grande desafio para a gestão e trabalhadores da saúde, pois inovar é empreender novas maneiras de pensar, que estimulem o desenvolvimento da capacidade reflexiva dos profissionais dentro da práxis (CAMPOS; SENA; SILVA, 2017).

A EPS busca qualificar o trabalho por meio do aperfeiçoamento em seus vários níveis, a fim de determinar a melhoria do acesso, da qualidade e humanização na prestação de serviços de saúde e ainda fortalecer a gestão do SUS nas esferas federais, estaduais e municipais (BRASIL, 2018).

2.2 Aprendizagem por meio da estratégia das metodologias ativas

O modelo construtivista está cada dia mais presente na aprendizagem. No construtivismo propõe-se que a aprendizagem seja primordialmente ativa. Há uma tendência mundial em promover a aprendizagem com atividades e trabalhos práticos, em pequenos grupos possibilitando discussões e trocas de experiências. O que pode ser notado é o estímulo cada vez maior às atividades intelectuais, onde a

aprendizagem passiva dá lugar a uma aprendizagem maiormente ativa (ARRUDA et al., 2008).

Muitas são as maneiras de ensinar e aprender. Ao assistir a uma palestra (escutar) passivamente o ouvinte alcança somente 5% de retenção de conhecimento, enquanto que utilizando um método ativo de ensino o mesmo pode alcançar de 50% a 85% de aproveitamento a depender da escolha da ferramenta (CAMARGO; DAROS, 2018).

A metodologia ativa (MA) tem uma concepção de educação crítico-reflexiva com base em estímulo no processo ensino-aprendizagem, resultando em envolvimento por parte do educando na busca pelo conhecimento (MACEDO et al., 2018).

Considerando o método tradicional de ensino, em que os estudantes adotam uma posição passiva de receber o conteúdo teórico, o método ativo mobiliza o estudante para o movimento inverso. O aluno passa para a posição de sujeito ativo, tomando o papel central na aprendizagem, considerando suas experiências e saberes prévios, como ponto de partida para construção do conhecimento (DIESEL; BALDEZ; MARTINS, 2017).

A metodologia de aprendizagem ativa é amplamente utilizada em diversas partes do mundo, com bons resultados no processo de ensino e aprendizagem, e destaque para o desenvolvimento da autonomia do aluno (MACEDO et al., 2018).

Na MA a aprendizagem ocorre pela ação, colocando o estudante no centro dos processos de ensino e de aprendizagem, e não apenas como mero espectador dos conteúdos que lhe são apresentados (DIESEL; BALDEZ; MARTINS, 2017).

A *Team Based Learning (TBL)* ou Aprendizagem Baseada em Equipes é uma estratégia instrucional, contemplada na MA, cuja metodologia propõe-se a induzir os estudantes à preparação prévia (estudo) para as atividades em classe. É uma ferramenta educacional que possibilita a interação e colaboração no trabalho dos alunos, sendo estes responsabilizados pelo seu preparo antes da aula e em colaborar com os membros da equipe para resolver os problemas levantados, e na tomada de decisões (BOLLELA et al., 2014).

2.3 Aspectos do envelhecimento humano

O envelhecimento é um fenômeno natural da vida humana que por sua vez, em todas as suas fases possui peculiaridades como as mudanças biopsicossociais, associadas à passagem do tempo. O envelhecer é particular a cada indivíduo, cada um com seus determinantes sendo eles genéticos, estilo de vida, fatores ambientais e outros (FERREIRA et al., 2010).

A população idosa tem características e necessidades de cuidados particulares ao grupo etário que se encontram. As diversas modificações que marcam o organismo durante o envelhecimento precisam ser identificadas, diferenciando o que é considerado uma alteração normal (senescência) da condição de doença (senilidade) (PARANÁ, 2017b).

O envelhecimento é um fenômeno que alcança todos os seres humanos. É um processo dinâmico, que evolui progressivamente e está relacionado a diferentes fatores próprios e do ambiente (FECHINE, 2012).

O envelhecimento pode ser classificado por etapas, sendo elas o envelhecimento primário, secundário e terciário. O envelhecimento primário, trata-se do envelhecimento normal que atinge todos os humanos sem a presença de doenças. Este ocorre gradualmente sob influência de vários fatores internos e externos. O envelhecimento secundário ou patológico, refere-se às enfermidades que produzem sintomas durante o processo de envelhecer. Por vez, o envelhecimento terciário ou é caracterizado por grande declínio físico e cognitivo, como resultado da junção do envelhecimento as patologias acumuladas (FECHINE, 2012).

2.4 Longevidade e aspectos demográficos do envelhecimento

O aumento da população idosa, é uma realidade mundial, inclusive nos países em desenvolvimento. A longevidade avança devendo tornar-se mais evidente no século XXI (NETTO; YUASO; KITADAI, 2005).

Apesar de a longevidade ser alvo de desejo das pessoas desde os primórdios da civilização, as modificações necessárias para esta nova condição, não estão

acontecendo, sendo ainda insuficientes diante dos novos padrões demográficos atuais. Mais que o sonho de envelhecer, serão necessárias ações que acompanhem esta transformação com vistas a promover o envelhecimento ativo (NETTO; YUASO; KITADAI, 2005).

Existem estimativas que apontam para o crescimento do número de idosos sendo superior ao crescimento do número de jovens, indicando que o percentual de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos no mundo em 2050 passará de 10% a 21%. Ao contrário, o percentual do número de crianças terá uma redução de 30% para 21%. No Brasil, a mudança demográfica segue o mesmo ritmo, onde cresce a população de idosos e diminui a faixa etária jovem (NETTO; YUASO; KITADAI, 2005, p. 596).

Os principais fatores relacionados ao aceleração do crescimento da população idosa no Brasil são a redução das taxas de fecundidade e mortalidade infantil concomitante com a elevação da expectativa de vida. A estimativa é que em 2025, o Brasil ocupará o sexto lugar em número de idosos, alcançando cerca de 32 milhões de pessoas com 60 anos ou mais. Em 2050 a projeção é que as crianças de 0 a 14 anos chegarão a 13,15%, e a população idosa alcançará os 22,71% da população total (MORAES, 2012).

Ainda são marcantes as diferenças entre os países desenvolvidos e os países em desenvolvimento no que diz respeito a longevidade. Em alguns países o envelhecimento ocorreu de forma proporcional às melhorias nas condições de vida, já em outros, o mesmo ocorreu sem que a estrutura dos serviços de saúde se organizassem para atender esta demanda que cresce anualmente (BRASIL, 2006).

A transição demográfica revela um novo contexto do envelhecimento e da longevidade nunca vivenciado antes. O envelhecimento ganha destaque crescente entre os pesquisadores e estudiosos, surgindo estudos robustos acerca desta nova realidade. Muitos desafios estão ligados a longevidade, e estes devem ser enfrentados por toda sociedade em todos os seus aspectos (HEREDIA; CASARA; COTELLETE, 2007).

O envelhecimento só poderá ser considerado um triunfo a medida que a qualidade de vida seja uma realidade para os idosos. Deste modo as políticas de saúde

devem ser voltadas para promoverem o prolongamento da capacidade funcional e da autonomia possibilitando ao idoso uma vivência saudável no seu contexto social dando novo significado a esta etapa da vida (BARRETO; CARREIRA; MARCON, 2015).

2.5 Capacidade funcional e declínio funcional do idoso

O envelhecimento eventualmente é acompanhado por maior carga de doenças crônicas e incapacidade funcional. Embora as doenças sejam mais frequentes entre os idosos, não obrigatoriamente estão associadas à dependência funcional. O envelhecimento não é sinônimo de incapacidade, porém torna o indivíduo mais vulnerável (PARANÁ, 2017a).

Viver bem e manter a capacidade funcional indicam que há presença de independência, o que permite ao idoso cuidar de sua saúde e vida com autonomia (MORAES, 2012).

Classificar o idoso quanto a sua capacidade funcional envolve a observação de vários fatores próprios, ambientais e constitucionais do indivíduo comprovando a heterogeneidade da população idosa. A diminuição da capacidade funcional é um dos aspectos do envelhecimento, trazendo também prejuízo de ordem psicológica, motora e outra (FECHINE, 2012).

Conceitualmente a capacidade funcional é definida como a capacidade do indivíduo em manter as habilidades físicas e mentais desenvolvidas ao longo da vida, indispensáveis para a sua independência e autonomia. Considera-se um idoso como saudável quando este é capaz de executar as atividades rotineiras sem ajuda, com independência e autonomia ainda que seja portador de alguma doença (PARANÁ, 2017b).

O declínio funcional é a inabilidade do idoso para seu autocuidado, tornando-o dependente de terceiros para ajudar nas atividades rotineiras levando ao aumento de custos sociais, familiares e de saúde (MATOS et al, 2018).

A incapacidade funcional é resultado de vários fatores que combinados causam grande interferência para o idoso em seu desempenho em atividades de vida diária (CUNHA et al., 2009).

A fragilidade consiste em uma maior vulnerabilidade do idoso a sofrer situações não desejáveis a sua vida. Ela é decorrente do declínio das reservas e funções fisiológicas associadas à idade e leva à incapacidade do idoso enfrentar com fatores de estresse físico e mentais. A fragilidade precede a incapacidade, e pode ser diagnosticada em fase precoce. Trata-se de uma condição multifatorial, onde a sarcopenia é considerada como o substrato físico do fenótipo da fragilidade (PARANÁ, 2018).

A fragilidade caracteriza-se pelo emagrecimento involuntário (5 kg em 12 meses), cansaço extenuante, astenia, inatividade física e comprometimento no ritmo da marcha. Assim, a presença de três elementos ou mais, podem definir “idoso frágil”, dois fatores determinam o idoso “pré-frágil”. Os idosos com ausência dos parâmetros são considerados robustos (PARANÁ, 2017a).

2.6 Atenção à saúde do idoso na estratégia saúde da família

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) desde 2006, direcionou seu foco nas ações de manutenção da capacidade funcional dos idosos (PARANÁ, 2018).

A PNSPI definiu que a atenção à saúde da população idosa terá como porta de entrada a Atenção Básica/Saúde da Família, tendo como referência a rede de serviços especializada de média e alta complexidade (BRASIL, 2006).

A APS é o nível de atenção mais adequado ao atendimento inicial dos idosos, e os médicos generalistas são os profissionais com melhor acesso à esta população e para a identificação da fragilidade deste (PARANÁ, 2018).

O estado do Paraná utiliza o instrumento VES-13 para o rastreio da fragilidade de idosos. Por meio deste instrumento é possível identificar todos os idosos da área de abrangência da UBS, e agilizar o seu atendimento conforme o grau de vulnerabilidade do idoso (PARANÁ, 2018).

O VES-13 é um instrumento simples, que identifica o idoso vulnerável, com o olhar sobre a idade, auto percepção da saúde, presença de limitações físicas e incapacidades. É um instrumento em forma de questionário de fácil aplicação onde o

mesmo pode ser respondido pelo paciente ou por familiares/cuidadores (PARANÁ, 2018).

O VES-13 deve ser aplicado a todos os idosos residentes na área de abrangência da UBS, pelos ACS ou técnicos de enfermagem. Os resultados serão analisados pela enfermeira identificando desta maneira o risco de vulnerabilidade que o idoso se encontra (PARANÁ, 2018).

Na sequência deve ocorrer a aplicação de outro instrumento, o índice IVCF-20. Trata-se de um questionário muito simples, que avalia os principais determinantes da saúde das pessoas idosas. Este instrumento é uma escala subjetiva, cujas notas são aplicadas conforme a resposta do entrevistado (PARANÁ, 2018).

O IVCF-20 é uma ferramenta multidisciplinar que contempla aspectos multidimensionais da vida do idoso. Avalia atividades básicas e instrumentais do cotidiano (PARANÁ, 2018).

Quanto aos resultados da aplicação IVCF-20, os idosos avaliados serão classificados conforme a pontuação. Desta maneira poderão ser considerados de alto, moderado ou baixo risco de vulnerabilidade clínico-funcional (PARANÁ, 2018).

A perda da capacidade de realizar as AVD rotineiramente deve ser avaliada por meio dos instrumentos adequados e bem aplicados. Para isso algumas vezes são necessárias informações de terceiros além das fornecidas pelo idoso (PARANÁ, 2017a).

No âmbito da atenção primária à saúde, as AVD básicas devem ser avaliadas pelo índice de Katz, e as AVD instrumentais pela escala de Lawton-Brody. O declínio funcional é uma perda hierárquica, começando pela AVD mais complexas (avançadas e instrumentais) e por fim o auto cuidado (AVD básicas) (PARANÁ, 2017a).

O índice de Katz, avalia as atividades básicas de vida diária e foi desenvolvido por Sidney Katz em 1963. Este instrumento avalia as atividades de vida diária para medir a capacidade funcional dos idosos ao realizarem seis funções: tomar banho, vestir-se, ir ao banheiro, transferir-se, ter continência e alimentar-se. Avaliar a perda progressiva e hierárquica destas atividades pode revelar a gravidade e grau de fragilidade do indivíduo (SÃO PAULO, 2015).

O índice de Lawton é um instrumento muito útil para avaliar as atividades instrumentais da vida diária. Idealizado por Lawton e Brody em 1969, objetiva avaliar atividades de vida de maior complexidade em sua execução. É uma ferramenta que quando corretamente aplicada demonstra o grau de independência do idoso para realizar atividades instrumentais (SÃO PAULO, 2015).

As atividades mensuradas na escala de Lawton e Brody são oito: preparar refeições, fazer tarefas domésticas, lavar roupas, manusear dinheiro, usar o telefone, tomar medicações, fazer compras e utilizar os meios de transportes (BARBOSA et al., 2014).

3 PLANO DE TRABALHO E MÉTODOS

3.1 Tipo de estudo

Esta pesquisa caracteriza-se como um estudo de abordagem quantitativa de natureza intervencional (GERHARDT; SILVEIRA, 2009).

3.2 Local

A capacitação foi realizada no auditório do Sindicato dos Servidores Municipais de Campo Mourão (SINDISCAM), em dia e horário normal de trabalho (13 de março de 2020 das 13 às 17 horas) dos servidores da Secretaria de Saúde.

3.3 Amostra

A população deste estudo foi composta por 40 indivíduos, sendo todos eles integrantes das equipes da Estratégia Saúde da Família, região da Asa Oeste em Campo Mourão-PR.

A amostra foi constituída por toda a população alvo do estudo (100%), ou seja, 40 indivíduos, entre médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde, das equipes saúde da família, com idade maior ou igual a 18 anos, de ambos os sexos, que se dispuseram a participar voluntariamente da pesquisa, de acordo com Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Pesquisa, e indivíduos que estiveram de acordo com os critérios de inclusão.

A amostra que compôs o estudo foi aleatória simples. A amostra pode ser considerada como de conveniência, não probabilística (VIEIRA,1997).

3.3.1 Critérios de inclusão

Os critérios de inclusão foram:

- Participantes voluntários profissionais das ESF (Vila Cândida, Cohapar, Pio XII e Danferi) na Asa Oeste, setor Lar Paraná do município de Campo Mourão, estado do Paraná;
- Indivíduos com idade maior ou igual a 18 anos; e,
- Indivíduos que aceitaram participar do estudo.

3.3.2 Critérios de exclusão

Os critérios de exclusão foram:

- Foram excluídos os profissionais não integrantes das equipes saúde da família da Asa Oeste de Campo Mourão-PR;
- Indivíduos que se recusaram a participar do estudo e a assinar o TCLE;
- Qualquer condição do participante que limitou sua a capacidade para participar do estudo.

A intervenção foi aplicada por meio de capacitação aos profissionais das ESF (Vila Cândida, Cohapar, Pio XII e Danferi) na Asa Oeste, setor Lar Paraná do município de Campo Mourão, estado do Paraná.

3.4 Coleta de dados e termo de consentimento livre e esclarecido

Foi realizado um convite, feito pessoalmente pela própria pesquisadora, e posteriormente enviado impresso, para a participação no estudo, onde foram apresentados os objetivos, métodos, considerações éticas e esclarecimento de dúvidas.

Após aceitação de participação da pesquisa, foi coletada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (APÊNDICE A) de cada participante e aplicado o teste individual e teste em grupo com utilização de teste impresso, conforme etapa do método *TBL*.

O presente estudo possui a Classificação do Risco Mínimo, pois o preenchimento do Instrumento poderá causar cansaço ou algum desconforto em responder alguma questão específica.

3.5 Procedimentos

Foi elaborado e assinado o documento Carta de Anuência (APÊNDICE F), constando a autorização da Secretaria Municipal de Saúde de Campo Mourão, para a realização do projeto nas unidades básicas de saúde da Asa Oeste (Lar Paraná), protocolado na prefeitura de Campo Mourão-PR.

Realizada a fundamentação teórica por meio de levantamento bibliográfico sobre o envelhecimento, a longevidade e as ferramentas para diagnóstico da fragilidade no idoso à luz das diretrizes vigentes no Sistema Único de Saúde (SUS) aplicáveis na Atenção Primária à Saúde e dados demográficos sobre a população idosa no Brasil e no mundo.

A capacitação foi aplicada utilizando a Metodologia Ativa de Aprendizagem, (MA) tendo como ferramenta o método *Team Based Learning (TBL)* ou Aprendizagem Baseada em Equipes (ABE), onde foram executadas todas as etapas do método:

- Preparação pré-atividade com material impresso sobre o tema.
- Aplicação do teste individual impresso como garantia de preparo.
- Teste em grupo com utilização de teste impresso.
- Feedback imediato.
- Apelação e discussão.
- *TBL* aplicação.

Coleta de dados, onde foi utilizado um instrumento elaborado especificamente para este estudo (APÊNDICE B).

O Instrumento I constitui de dados gerais sobre os participantes e as questões sobre o IVCF-20 (Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional), Índice de Katz e Índice de Lawton, que foram aplicados aos participantes de nível superior.

O Instrumento II constitui de dados gerais sobre os participantes e as questões sobre o VES-13 (Protocolo de Identificação do Idoso Vulnerável), que foram aplicados aos participantes de nível médio.

A realização deste estudo respeitou os preceitos éticos em pesquisa com seres humanos contidos na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Pesquisa (CONEP). Em consonância com esta Resolução, foi elaborado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelo qual o participante foi informado do caráter científico do estudo, dos objetivos e método do estudo, bem como os riscos e benefícios de sua participação.

Foi garantido o anonimato dos participantes, o sigilo das informações coletadas e garantido o desejo de interrupção do estudo a qualquer momento.

O estudo não trouxe benefícios diretos para o participante, porém a identificação dos dados obtidos possibilitou incluir a Saúde do Idoso na Agenda Institucional do Programa de Educação Continuada aos profissionais das Equipes de Saúde da Família do município de Campo Mourão-PR para a identificação do idoso em condição de fragilidade no âmbito da Atenção Primária.

O estudo ofereceu risco mínimo aos participantes, pois o preenchimento do instrumento poderia causar cansaço ou algum desconforto, haja vista que foram aplicados em um único momento, porém foi dada a oportunidade ao participante de interromper o preenchimento por alguns instantes, sem prejuízo da coleta de dados.

3.6 Método estatístico

3.6.1 Cálculo do tamanho da amostra

A amostra que compôs o estudo foi selecionada de maneira aleatória simples. A amostra pode ser considerada como de conveniência, não probabilística (VIEIRA, 1997).

3.6.2 Análise estatística

Os dados foram analisados através de análise estatística por frequência absoluta e relativa. Os cálculos foram feitos utilizando-se do editor de planilhas Excel.

Os resultados foram discutidos de acordo com a literatura atual e clássica, apresentadas em forma de tabelas, gráficos ou figuras.

3.7 Aspectos éticos

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) conforme Parecer Consubstanciado número 3.757.965, e Certificado de Apresentação e Apreciação Ética (CAAE) número 26434119.10000.5510.

A realização deste estudo respeitou os preceitos éticos em pesquisa com seres humanos contidos na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Pesquisa (CONEP). Em consonância com esta Resolução, foi elaborado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelo qual o participante foi informado do caráter científico do estudo, dos objetivos e método do estudo, bem como os riscos e benefícios de sua participação.

Foi garantido o anonimato dos participantes, o sigilo das informações coletadas e garantido o desejo de interrupção do estudo a qualquer momento.

A pesquisa não trouxe benefícios ou diretos ao participante, mas sua participação agregou um melhor atendimento ao idoso atendido na atenção primária a saúde.

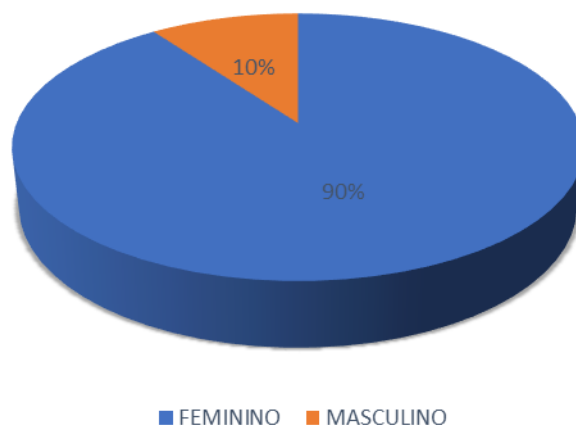
O presente estudo possui a Classificação do Risco Mínimo pois a capacitação foi realizada em horário de trabalho normal dos participantes, não incorrendo em danos ao servidor, como registro de falta ou desconto salarial, garantida pela anuência da Secretaria de Saúde de Campo Mourão-PR.

4 RESULTADOS

4.1 Dados sociodemográficos

4.1.1 Perfil de gênero

Figura 1 – Gênero dos profissionais participantes da pesquisa, atuantes na estratégia saúde da família, da Asa Oeste de Campo Mourão-PR

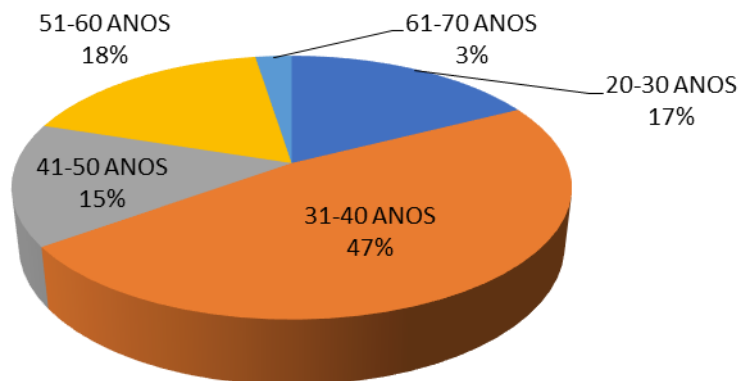


Fonte: Produção do próprio autor, 2020.

Os participantes da pesquisa, que atuam no contexto da ESF, da Asa Oeste de Campo Mourão, segundo o resultado demonstrado, são 90% sexo feminino e 10% sexo masculino.

4.1.2 Perfil de idade dos profissionais

Figura 2 – Idade dos participantes da pesquisa, atuantes na ESF da Asa Oeste, Campo Mourão-PR

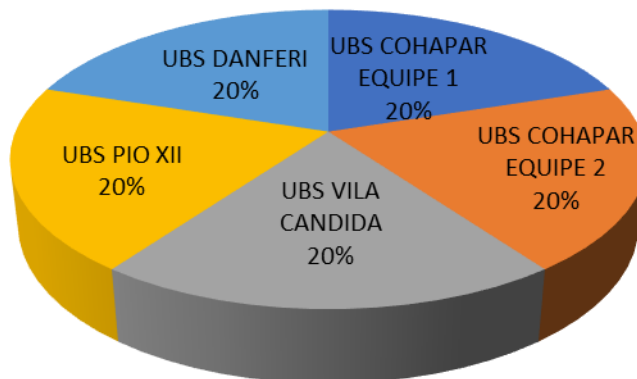


Fonte: Produção do próprio autor, 2020.

Quanto a idade dos profissionais que participaram da pesquisa, atuantes na ESF da Asa Oeste de Campo Mourão, o resultado acima, demonstra que 47% tem idade entre 31 e 40 anos, 18% tem idade entre 51 e 60 anos, 17 % tem idade entre 20 e 30 anos, 15% tem idade entre 40 e 50 anos e 3% tem idade entre 61 e 70 anos.

4.1.3 Distribuição da amostra conforme o local de trabalho

Figura 3 – Local de trabalho dos profissionais participantes da pesquisa, da ESF da Asa Oeste, Campo Mourão-PR

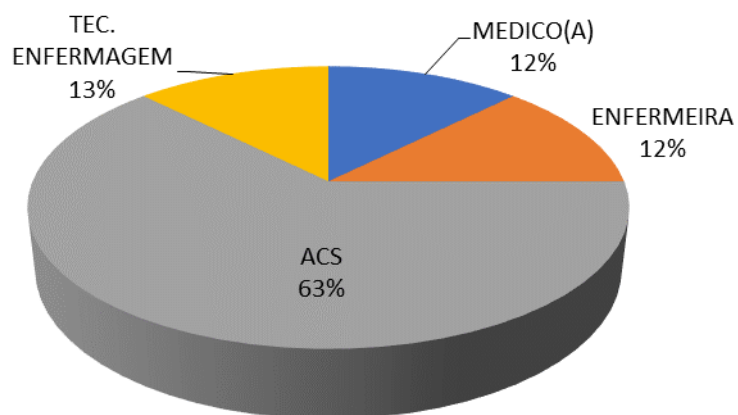


Fonte: Produção do próprio autor, 2020.

Os profissionais participantes da pesquisa estão alocados nas UBS, em suas áreas de abrangência, e igualmente distribuídos nos bairros Danferi, Pio XII e Vila Cândida. Destaca-se o bairro Cohapar, por acomodar duas equipes e desta forma concentrar o maior número de indivíduos envolvidos na amostra.

4.1.4 Perfil profissional da amostra

Figura 4 – Profissão dos indivíduos participantes da pesquisa, atuantes na ESF da Asa Oeste, Campo Mourão-PR

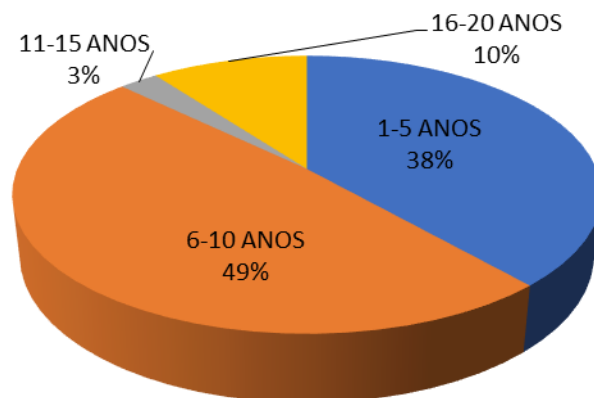


Fonte: Produção do próprio autor, 2020.

Esta figura evidencia o resultado quanto a profissão dos participantes da pesquisa, membros da ESF, onde destaca que 63% são agentes comunitários de saúde, 13% são técnicos de enfermagem. Médicos e enfermeiras estão em igual proporção entre si, sendo 12% enfermeiras e 12% médicos.

4.1.5 Perfil de tempo de trabalho na estratégia saúde da família

Figura 5 – Tempo de atuação dos profissionais participantes da pesquisa, na ESF da Asa Oeste, Campo Mourão-PR



Fonte: Produção do próprio autor, 2020.

Os indivíduos envolvidos na pesquisa, estão em atuação profissional na ESF, onde 49% somam de 6 a 10 anos de trabalho. Seguem outros 38% que trabalham de 1 a 5 anos, 10% que estão trabalhando de 16 a 20 anos e, por fim 3% que trabalham de 11 a 15 anos.

4.2 Teste individual (teste de conhecimento prévio/garantia de preparo) pré intervenção

O teste individual foi aplicado antes da intervenção/capacitação aos profissionais da ESF da Asa Oeste de Campo Mourão. Este teste tem por finalidade fazer o diagnóstico dos conhecimentos prévios dos participantes e ainda observar se o estudo/preparo prévio do conteúdo aconteceu.

Nesta fase, espera-se que o teste prévio, demonstre o conhecimento básico do profissional adquirido em sua formação, ou até mesmo nenhum conhecimento, considerando o fato de que avaliação da fragilidade e capacidade funcional do idoso, não constava na agenda institucional, do programa de educação permanente.

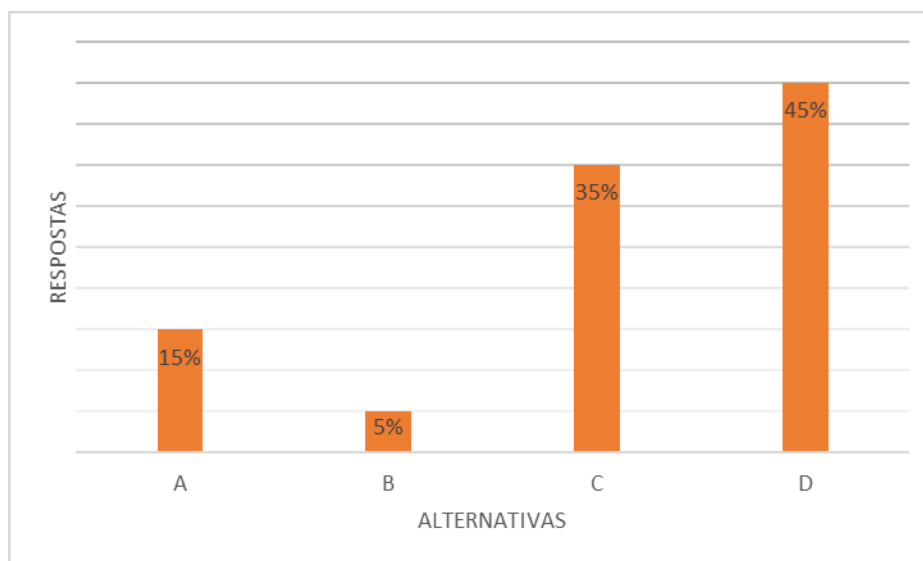
O preparo é uma etapa importante e necessária para o bom aproveitamento e aprendizagem do aluno, na aplicação da ferramenta *Team Based Learning (TBL)* ou Aprendizagem Baseada em Equipes.

A leitura do material disponibilizado antes da capacitação, buscou envolver o profissional participante sobre o processo de envelhecimento e as ferramentas para diagnóstico da fragilidade e a capacidade funcional do idoso.

O teste prévio foi elaborado e organizado, para verificar o conhecimento do profissional sobre os aspectos do envelhecimento, a utilização e interpretação dos resultados obtidos pela aplicação das ferramentas de diagnóstico de fragilidade e capacidade funcional dos idosos, antes da capacitação.

4.2.1 Avaliação pré intervenção – perfil de respostas dos 40 participantes no teste de garantia de preparo

Figura 6 – Mudanças multifatoriais no processo de envelhecimento

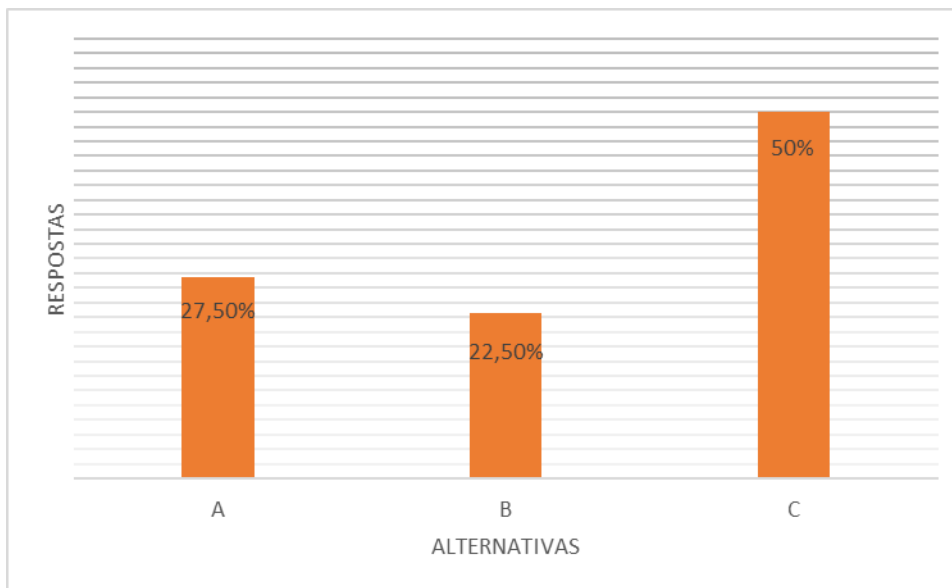


Fonte: Produção do próprio autor, 2020.

Ao responderem a primeira questão, sobre as mudanças multifatoriais no envelhecimento, 15% dos participantes assinalaram a alternativa A (morfológicas e espirituais), 5% a alternativa B (psicológicas), 35% a alternativa C (funcionais e bioquímicas) e 45% a alternativa D (todas estão corretas, exceto a alternativa A).

Esta questão é considerada correta, quando assinalada a alternativa D (todas estão corretas, exceto a alternativa A).

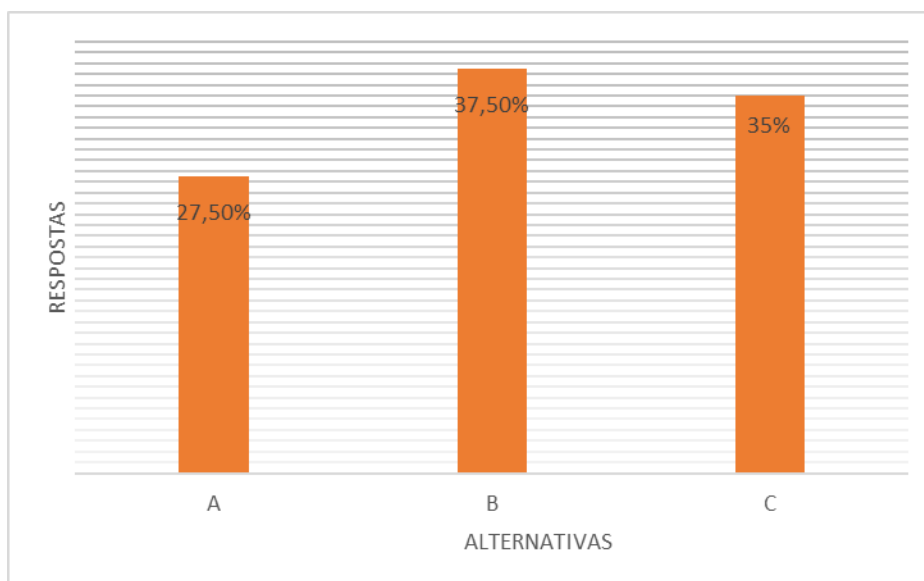
Figura 7 – Aspectos gerais e demográficos do envelhecimento



Fonte: Produção do próprio autor, 2020.

Na figura 7 observa-se que ao responderem a segunda questão sobre aspectos gerais e demográficos do envelhecimento, 27,50% optaram pela alternativa A (a existência de doenças durante o envelhecimento caracteriza a senilidade), 22,50% optaram pela alternativa B (no Brasil, são considerados idosos os indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos), e 50% pela alternativa C (O aumento da população idosa no Brasil, teve início nos anos 70, devido ao declínio da taxa de fecundidade).

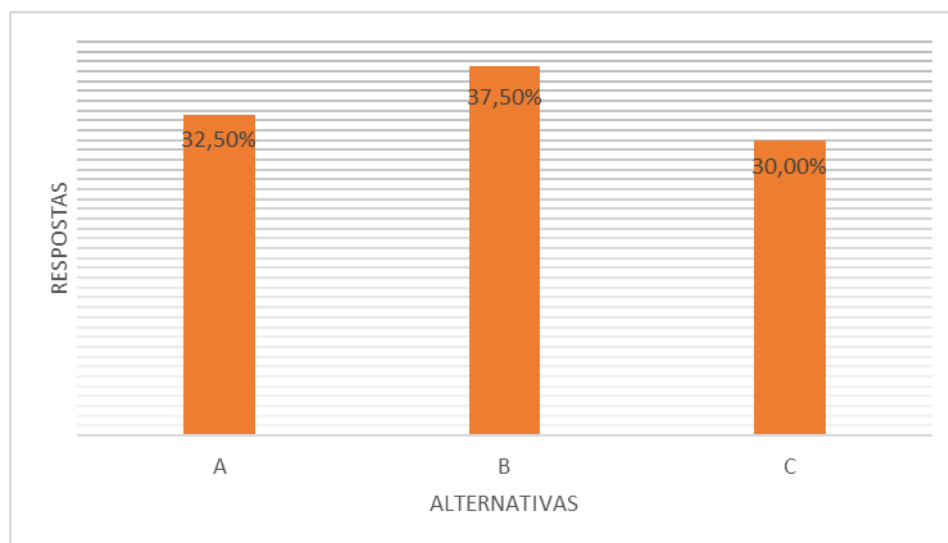
A resposta correta esperada para esta questão, é a alternativa C (O aumento da população idosa no Brasil, teve início nos anos 70, devido ao declínio da taxa de fecundidade).

Figura 8 – Aspectos da fragilidade do idoso

Fonte: Produção do próprio autor, 2020.

A figura 8, mostra as respostas dos participantes para a terceira questão sobre aspectos da fragilidade no idoso, onde 27,5% escolheram a alternativa A (a fragilidade é um processo que precede a incapacidade funcional no idoso), 37,5% a alternativa B (medidas preventivas na abordagem da fragilidade, tem pouco impacto na vida do idoso) e 35% a alternativa C (idoso vulnerável é aquele indivíduo que tem pouco risco de morte).

Nesta questão, a resposta correta esperada é a alternativa A (a fragilidade é um processo que precede a incapacidade funcional no idoso).

Figura 9 – Instrumentos de avaliação VES-13 e IVCF-20

Fonte: Produção do próprio autor, 2020.

Na figura 9, destacam-se as respostas dos participantes para a quarta questão, sobre os instrumentos de avaliação do idoso, sendo que 32,5% assinalaram a alternativa A (O IVCF – 20 é realizado por profissionais especializados em geriatria), 37,5% a assinalaram a alternativa B (O VES – 13 necessita de materiais e equipamentos complexos para sua aplicação, devendo assim ser realizado na unidade básica de saúde), e 30% a assinalaram a alternativa C (O VES – 13 é capaz de identificar o idoso vulnerável, e o IVCF – 20 avalia condições preditoras de declínio funcional e óbito).

A resposta esperada nesta questão é a alternativa C (O VES – 13 é capaz de identificar o idoso vulnerável, e o IVCF – 20 avalia condições preditoras de declínio funcional e óbito).

4.3 Avaliação individual (teste de conhecimento) após a intervenção

Ao participarem da capacitação, os voluntários contemplados na amostra para este trabalho, realizaram todas as etapas previstas na aplicação do conteúdo pelo instrumento de aprendizagem *Team Based Learning (TBL)* ou Aprendizagem Baseada em Equipes (ABE): preparação pré-atividade com material impresso sobre o tema,

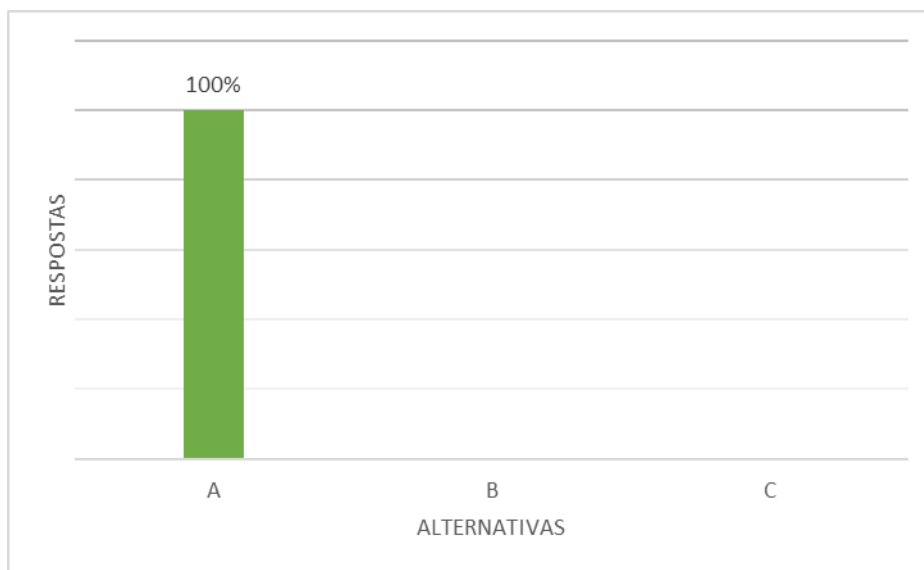
aplicação do teste individual impresso como garantia de preparo, teste em grupo com utilização de teste impresso, feedback imediato, apelação e discussão e *TBL* aplicação. A avaliação após a intervenção, é uma fase indispensável para a verificação da percepção do participante entre as fases pré e pós capacitação, frente ao conteúdo trabalhado.

Os resultados esperados no teste de conhecimento, são a correta aplicação das ferramentas e a interpretação adequada dos resultados obtidos pela utilização das mesmas, demonstrando a capacidade do profissional, para realizar o diagnóstico da fragilidade e da capacidade funcional do idoso, após a capacitação.

Os resultados obtidos no teste após a intervenção, significam a mudança na percepção do profissional, em relação aos seus conhecimentos previamente avaliados.

4.3.1 Teste individual de conhecimento (nível técnico) – perfil de respostas dos participantes

Figura 10 – VES-13 (Protocolo de Identificação do Idoso Vulnerável)



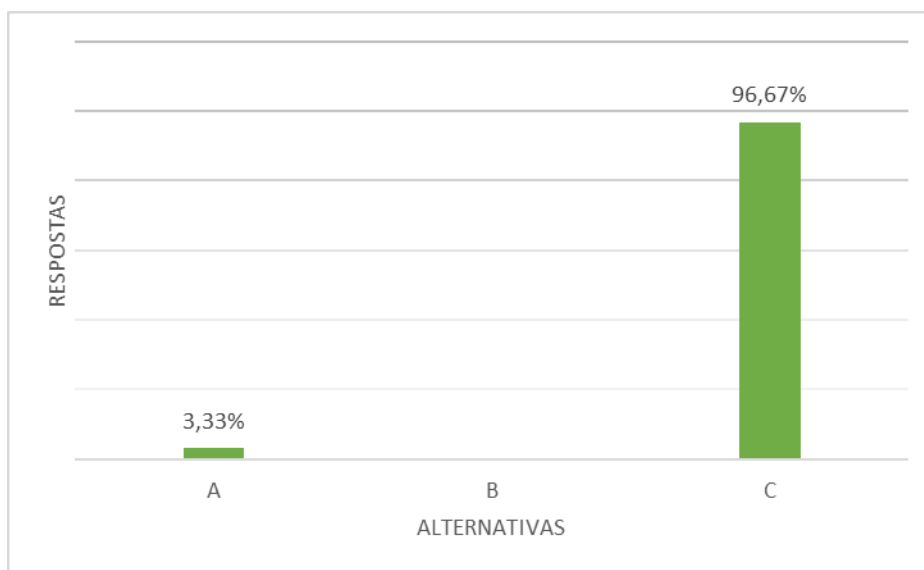
Fonte: Produção do próprio autor, 2020.

A figura 10 trata da primeira questão, sobre a aplicação do protocolo de verificação da fragilidade no idoso VES-13, na atenção básica em saúde, e revela a

unanimidade dos participantes na escolha da alternativa A (fragilidade do idoso), totalizando 100% nesta opção.

Nesta pergunta, a resposta correta esperada é a alternativa A (fragilidade do idoso).

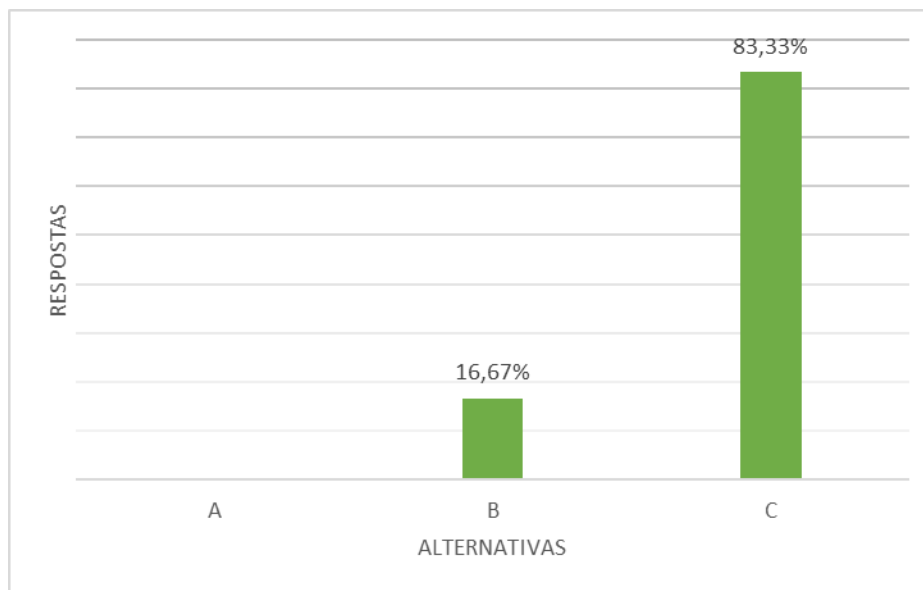
Figura 11 – Estratificação de risco do idoso (VES-13) – caso simulado



Fonte: Produção do próprio autor, 2020.

As respostas dos participantes nesta questão, sobre a classificação de risco de fragilidade do idoso (caso simulado), de acordo com a aplicação VES-13, destacadas na figura 11, indicam que 3,33% optaram pela alternativa A (baixo risco de fragilização) e 96,67% pela alternativa C (alto risco de fragilização).

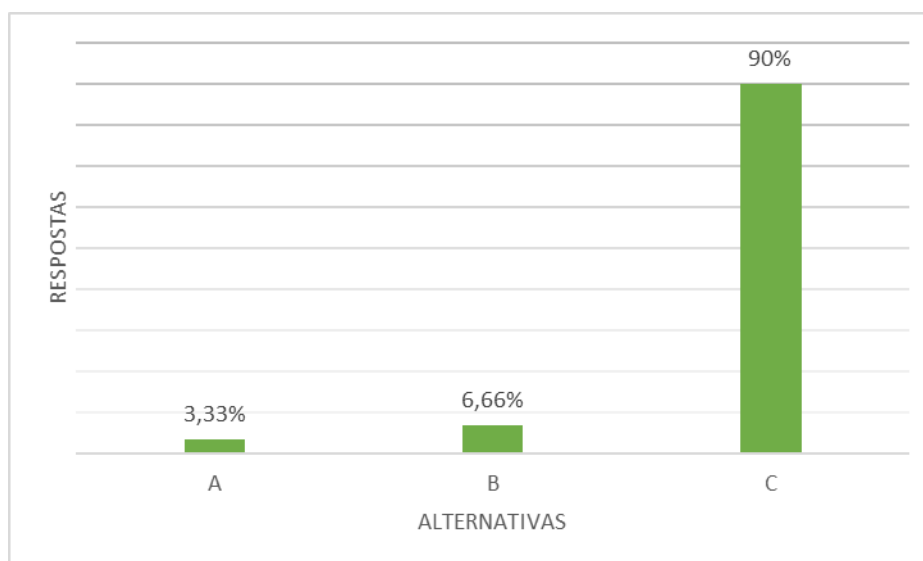
A resposta correta esperada nesta questão, é a alternativa C (alto risco de fragilização).

Figura12 – Estratificação de risco e grau de fragilidade do idoso

Fonte: Produção do próprio autor, 2020.

Sobre as respostas registradas pelos participantes nesta questão, sobre o grau de fragilidade do idoso (caso simulado) a imagem demonstra que 16,67% assinalaram a alternativa B (idoso com risco de fragilidade) e 83,33% assinalaram a alternativa C (idoso frágil).

A resposta correta esperada nesta pergunta, é a alternativa C (idoso frágil).

Figura 13 – VES-13 na avaliação do idoso, quanto ao item 3, letra E

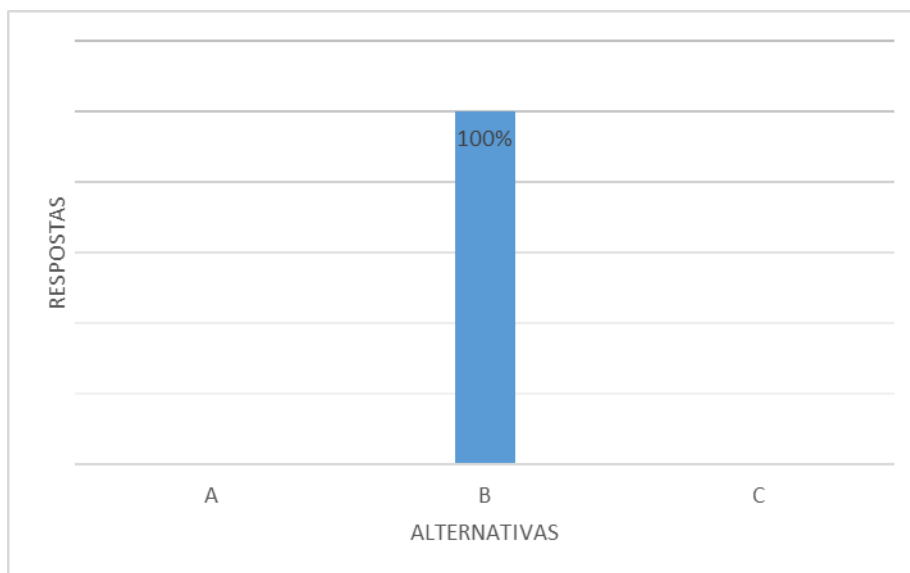
Fonte: Produção do próprio autor, 2020.

Conforme o que demonstra a figura 13, nesta questão sobre o que avalia o item 3 do VES-13, 3,33% escolheram a alternativa A (força e a resistência muscular), 6,66% escolheram a alternativa B (presença de declínio funcional) e 90% escolheram a alternativa C (mobilidade referente aos membros inferiores).

Nesta questão, a resposta correta esperada, é a alternativa C (mobilidade referente aos membros inferiores).

4.3.2 Teste individual de aprendizagem (nível superior) – perfil de respostas dos participantes

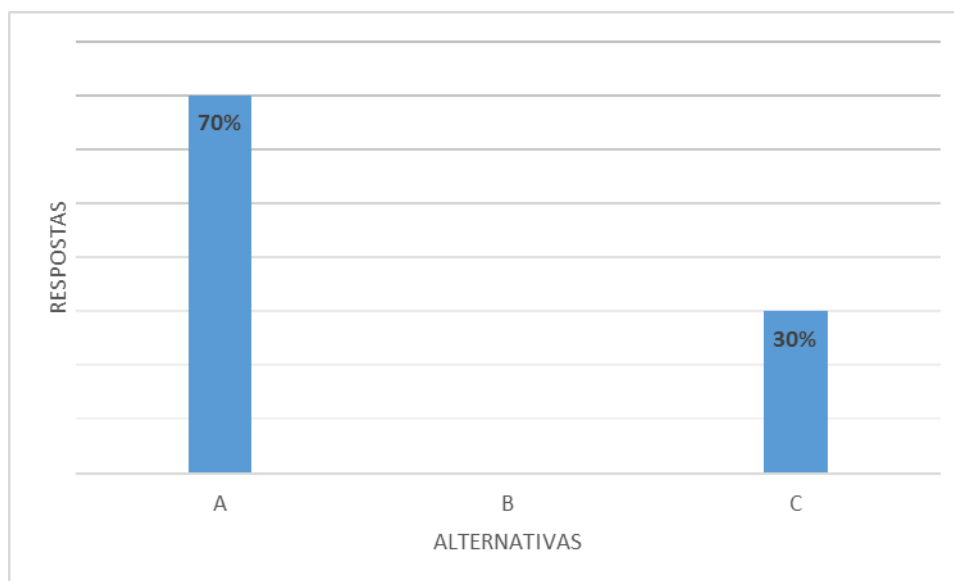
Figura 14 – Dimensões avaliadas no IVCF–20 (Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional)



Fonte: Produção do próprio autor, 2020.

A figura 14 revela a escolha massiva de 100% dos participantes, pela alternativa B (mobilidade, cognição e marcha) na primeira questão sobre as dimensões avaliadas pelo Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional – IVCF-20.

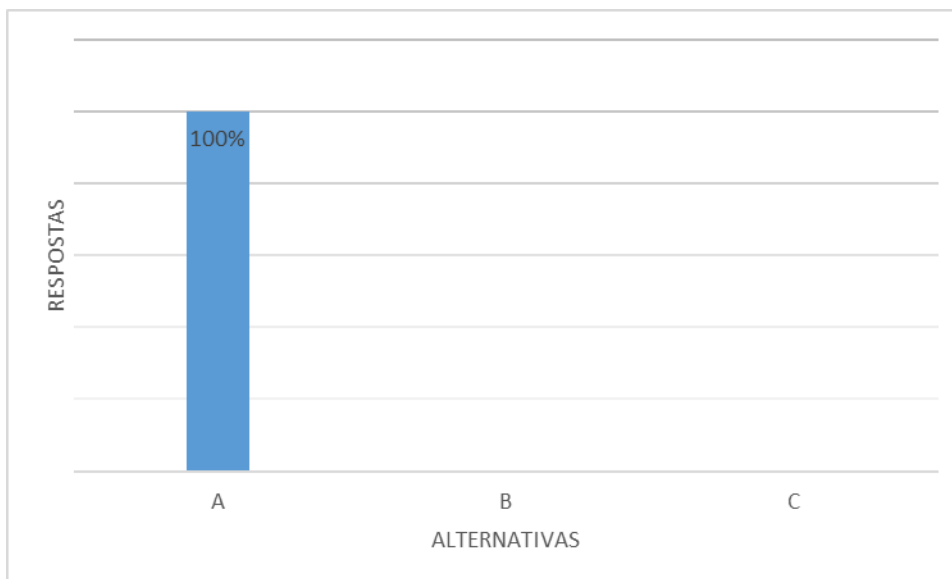
A resposta correta esperada para esta questão, é a alternativa B (mobilidade, cognição e marcha).

Figura 15 – Classificação de risco dos idosos segundo o IVCF-20

Fonte: Produção do próprio autor, 2020.

Nesta figura estão visíveis as respostas dos participantes na questão sobre a pontuação e classificação dos idosos avaliados pelo IVCF-20, onde 70% escolheram a alternativa A (moderado risco para vulnerabilidade clínico funcional e devem ser submetidos a avaliação multidimensional do idoso na atenção básica) e 30 % escolheram a alternativa C (moderado risco para vulnerabilidade clínico funcional e devem ser acompanhados de forma rotineira na atenção básica).

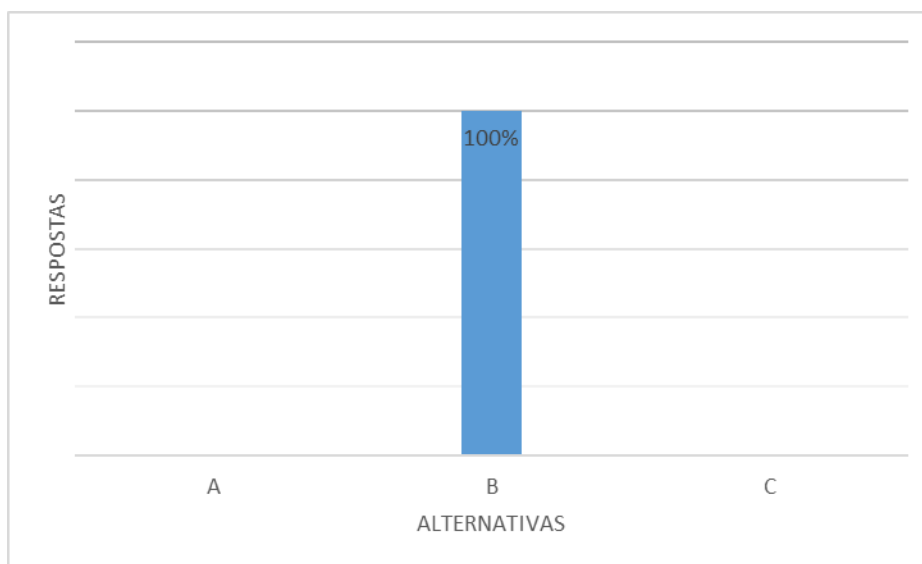
A resposta correta esperada para esta questão é a alternativa A (moderado risco para vulnerabilidade clínico funcional e devem ser submetidos a avaliação multidimensional do idoso na atenção básica).

Figura 16 – Índice de Katz – caso simulado

Fonte: Produção do próprio autor, 2020.

A figura 16 demonstra a opção de 100% dos participantes pela alternativa A (com muita dependência funcional), como resposta para esta questão sobre a aplicação do Índice de Katz no caso simulado.

A alternativa considerada correta nesta questão, é a alternativa A (com muita dependência funcional).

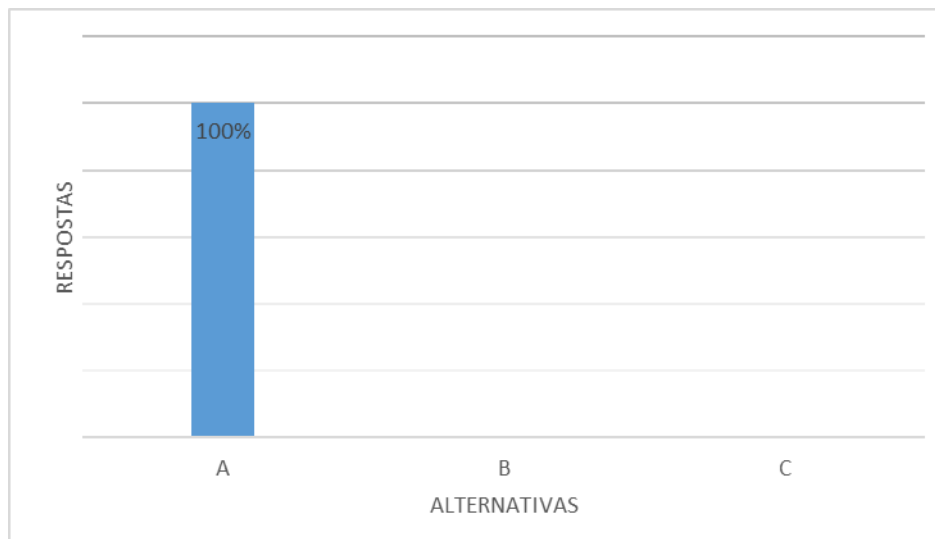
Figura 17– Índice de Lawton-Brody- caso simulado

Fonte: Produção do próprio autor, 2020.

Assim como na imagem anterior, esta demonstra a concordância de 100% dos participantes na escolha da alternativa B (dependência parcial para AVDI) para responder a questão sobre a aplicação do Índice de Lawton-Brody no caso simulado.

Considera-se correta a resposta para esta questão, a alternativa B (dependência parcial para AVDI).

Figura 18 – IVCF-20 e a estratificação de risco do idoso – caso simulado



Fonte: Produção do próprio autor, 2020.

A figura 18 permite claramente entender que 100% dos participantes assinalaram a alternativa A (idoso frágil) para responder a questão sobre a classificação da fragilidade do idoso do caso simulado na aplicação do Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional IVCF-20.

A resposta correta esperada nesta questão, é a alternativa A (idoso frágil).

A tabela 1 a seguir mostra o nível de conhecimento dos profissionais das equipes de saúde da família da Asa Oeste (Lar Paraná), sobre a fragilidade e capacidade funcional do idoso no âmbito da atenção primária, nos momentos antes (Conhecimento Prévio) e após intervenção *Team Based Learning (TBL)* ou Aprendizagem Baseada em Equipes (ABE). Os valores (%) representam o nível de conhecimento dos profissionais em função das questões organizadas à intervenção.

Tabela 1 – Nível de conhecimento dos profissionais das equipes de saúde da família da Asa Oeste (Lar Paraná), sobre a fragilidade e capacidade funcional do idoso no âmbito da atenção primária

Questões	Conhecimento Prévio	Conhecimento Após Intervenção	
	(Antes da Intervenção)	Nível Técnico	Nível Superior
1	45%	100%	100%
2	50%	96,7%	70%
3	27%	83,3%	100%
4	30%	90%	100%
5	-	-	100%

Fonte: Produção do próprio autor, 2020.

A tabela acima, resume os resultados obtidos neste estudo, numa comparação entre o teste prévio e após a intervenção. O teste prévio demonstra o conhecimento prévio dos participantes em relação ao tema abordado na capacitação. O teste após a intervenção demonstra o nível de conhecimento dos participantes, ao responderem as questões organizadas à capacitação.

5 DISCUSSÃO

A educação permanente em saúde (EPS) é uma estratégia que vem se consolidando como um elemento importante na prática e na gestão dos serviços de saúde. A EPS busca qualificar o trabalho por meio do aperfeiçoamento em seus vários níveis, afim de determinar a melhoria do acesso, da qualidade e humanização na prestação de serviços de saúde e ainda fortalecer a gestão do SUS nas esferas federais, estaduais e municipais (BRASIL, 2018).

A realização da capacitação sobre avaliação da capacidade funcional do idoso para os profissionais das equipes de saúde da família, demonstra que objetivo geral deste estudo foi atingido satisfatoriamente, considerando a participação massiva da população que se pretendia alcançar. A capacitação como integrante de um programa de educação permanente em saúde, consolida o conceito de aprendizado no trabalho, onde as ações de aprender e ensinar se integram ao cotidiano prático da atenção básica em saúde (BRASIL, 2018).

Pela compreensão da importância da EPS, este estudo contemplou as equipes de saúde da família da Asa Oeste do Município de Campo Mourão-PR, com a capacitação dentro do programa de Educação Permanente em Saúde, da Secretaria Municipal de Saúde.

A capacitação, com conteúdo dirigido para a avaliação da fragilidade e capacidade funcional do idoso, ocorreu em atenção à demanda do atendimento do idoso na atenção primária em saúde.

Tendo em vista o cenário mundial, onde há um franco crescimento populacional de pessoas com mais de sessenta anos, e ainda a longevidade deste grupo etário, capacitar os profissionais das equipes de saúde da família para atender este público, é necessário e relevante atualmente (NETTO; YUASO; KITADAI, 2005).

Buscando o melhor aproveitamento da capacitação e maior retenção de conhecimento, foi adotada a metodologia ativa como estratégia de ensino e aprendizagem, utilizando a ferramenta *Team Based Learning (TBL)* ou Aprendizagem Baseada em Equipes (ABE).

O teste prévio, com questões sobre aspectos do envelhecimento e da avaliação do idoso, demonstrou acertos de no máximo 50% das respostas, evidenciando o desconhecimento total ou parcial, do participante sobre o assunto antes da capacitação.

Os resultados do teste após a intervenção/capacitação, revelam a melhoria no nível de conhecimento, representado pelo aumento do percentual de acertos das respostas, entre 90% e 100%, em comparação ao teste prévio.

Tais resultados representam a mudança no conhecimento dos profissionais em função das questões elaboradas à capacitação. O deslocamento positivo do nível de conhecimento ressalta a relevância da adoção de estratégias ativas, que mobilizam o participante e produzem bons resultados, no contexto da EPS. A metodologia de aprendizagem ativa é amplamente utilizada em diversas partes do mundo, com bons resultados no processo de ensino e aprendizagem, e destaque para o desenvolvimento da autonomia do aluno (MACEDO et al., 2018).

Os resultados deste estudo corroboram com a hipótese inicial, onde após a capacitação, os profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF), participantes da pesquisa, em suas diferentes funções, serão capazes de utilizar corretamente as ferramentas de avaliação da fragilidade e capacidade funcional do idoso – Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional-20 (IVCF-20), *Vulnerable Elders Survey* (VES-13) –, (Índice de Lawton, Índice de Katz), no âmbito da atenção primária à saúde.

A EPS, se destaca pela ideia de aprendizagem significativa, ou seja, o aprendizado deve envolver o processo e os sujeitos envolvidos nele (ARRUDA et al., 2008). Assim, na EPS devem ser utilizados os problemas do cotidiano de trabalho, afim de que a capacitação faça sentido aos participantes.

Fomentadora de reflexão, a EPS impulsiona a busca por soluções de problemas do cotidiano na saúde, trazendo os trabalhadores e gestores dos serviços de saúde, a assumirem uma posição ativa e construtivista neste processo. Ao utilizar subsídios teóricos adequados, é possível clarear esse olhar crítico dos profissionais e gestores de saúde, tornando-os hábeis para a leitura de problemas complexos do cotidiano e a construção de soluções (CAMPOS; SENA; SILVA, 2017).

Além de proporcionar qualificação e atualização profissional, a EPS proporciona o empoderamento de todos os indivíduos envolvidos, pois permite a cada um desenvolver a autonomia e a construção do conhecimento. O modelo construtivista está cada dia mais presente na aprendizagem. No construtivismo propõe-se que a aprendizagem seja primordialmente ativa. Há uma tendência mundial em promover a aprendizagem com atividades e trabalhos práticos, em pequenos grupos possibilitando discussões e trocas de experiências. O que pode ser notado é o estímulo cada vez maior às atividades intelectuais, onde a aprendizagem passiva dá lugar a uma aprendizagem maiormente ativa (ARRUDA et al., 2008).

Na prática da EPS, a utilização de estratégias de ensino como método ativo ou metodologia ativa deve ser estimulada, uma vez que incentivam o estudo crítico e reflexivo, colocando o indivíduo como protagonista de sua aprendizagem. Considerando o método tradicional de ensino, em que os estudantes adotam uma posição passiva de receber o conteúdo teórico, o método ativo mobiliza o estudante para o movimento inverso. O aluno passa para a posição de sujeito ativo, tomando o papel central na aprendizagem, considerando suas experiências e saberes prévios, como ponto de partida para construção do conhecimento (DIESEL; BALDEZ; MARTINS, 2017).

A EPS se faz necessária em todos os níveis de complexidade dos serviços de saúde, tendo em vista o seu potencial para melhorar a qualidade do atendimento prestado ao usuário. Ao fortalecer a EPS, ocorre também a valorização e o reconhecimento dos profissionais prestadores de serviços na saúde. A EPS busca qualificar o trabalho por meio do aperfeiçoamento em seus vários níveis, afim de determinar a melhoria do acesso, da qualidade e humanização na prestação de serviços de saúde e ainda fortalecer a gestão do SUS nas esferas federais, estaduais e municipais (BRASIL, 2018).

A utilização da metodologia ativa (MA) de aprendizagem, por meio da ferramenta *TBL*, conduziu os participantes da pesquisa à construção do conhecimento de forma construtiva, crítica e reflexiva com melhores resultados na sedimentação do conteúdo trabalhado. Utilizar a metodologia ativa neste processo de aprender, é possível uma

reflexão sobre a adoção de aulas expositivas e do ensino que se limitado a puramente transferir conteúdo (ARRUDA et al., 2008).

A MA proporcionou aos participantes deste estudo, a possibilidade de dominar o saber científico, identificando as situações problemas do cotidiano e de forma reflexiva construir o conhecimento necessário para solucionar as demandas da prática no contexto do atendimento do idoso na atenção primária em saúde.

Considerando os resultados obtidos após a capacitação, há a compreensão da efetividade da técnica (*TBL*) como alavanca para bons resultados no cenário da EPS, confirmando que a utilização de uma didática reflexiva impulsiona a transposição do saber científico para o saber a ser ensinado (MACEDO et al., 2018).

6 PRODUTO FINAL

Ao término do Mestrado Profissional em Saúde, este estudo viabilizou a elaboração de um produto que consolida a ligação da pesquisa com o cenário real investigado.

Considerando a intervenção realizada neste trabalho, esta resultou em uma capacitação que contemplou o programa de educação permanente em saúde, no município de Campo Mourão-PR.

Tendo em vista a necessidade da criação de um produto técnico-tecnológico, fruto desta pesquisa, no Curso de Mestrado Profissional em Ensino em Saúde, foi elaborada uma proposta de ensino, que possa ser utilizada na capacitação das equipes de saúde da família para avaliação funcional do idoso, no contexto da atenção primária em saúde (APÊNDICE H).

O produto final desta pesquisa, trata-se de uma proposta de ensino, que apresenta uma sequência didática, para a execução de uma capacitação, utilizando a metodologia ativa de aprendizagem, no caso a aplicação do *TBL*, como ferramenta para aplicação do conteúdo, em um programa de educação permanente em saúde.

Por meio desta proposta de ensino outros profissionais/facilitadores terão a possibilidade de utilizar esta ferramenta para aplicação de qualquer conteúdo, facilitando a prática do ensino reflexivo.

Esta proposta de ensino foi elaborada à luz da intervenção realizada neste estudo, pautada no referencial teórico utilizado para o mesmo.

Este estudo, deixa como legado a produção de um manual de capacitação das equipes de saúde da família para avaliação funcional do idoso, que poderá ser utilizado por outros profissionais em outras atividades de EPS.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao realizar a capacitação das equipes de saúde da família sobre avaliação funcional do idoso, o objetivo geral e específico deste estudo, foi alcançado na maneira proposta.

A análise dos resultados obtidos, revelou a melhoria do conhecimento dos participantes da pesquisa, sobre a avaliação funcional do idoso, atingindo assim um dos objetivos específicos deste estudo.

A educação permanente em saúde, agregada à utilização das metodologias ativas de ensino aprendizagem, se mostrou como uma ferramenta eficaz na qualificação dos profissionais da saúde da família.

Considera-se como um limite deste estudo, a intervenção ter sido aplicada a apenas quatro equipes de saúde da família, do município de Campo Mourão-PR. Recomenda-se que esta intervenção seja ampliada a todas as equipes de saúde da família do município.

Esta pesquisa poderá ser replicada, ampliando a população e a amostra do estudo, dando origem a novos produtos, como a elaboração de aplicativo ou plataforma digital, facilitando o acesso às ferramentas de avaliação da capacidade funcional do idoso.

A capacitação realizada e o produto técnico-tecnológico (PTT) (APÊNDICE H), elaborado ao final deste estudo, representam uma importante contribuição para a qualificação dos profissionais do serviço de saúde e, conseqüentemente, ao usuário do sistema público de saúde no município de Campo Mourão-PR.

Os profissionais de saúde, em face da atuação como facilitadores em uma capacitação, poderão utilizar o PTT, como uma sequência didática na formação permanente em saúde. Assim, por meio desta proposta de ensino, terão a possibilidade de aplicar qualquer conteúdo, visando a aprendizagem reflexiva.

REFERÊNCIAS

ARRUDA, M. P. et al. Educação Permanente: uma estratégia metodológica para os professores da saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 32, n 4, p 518 – 524, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbem/v32n4/v32n4a15.pdf>. Acesso em: 2020.

BARBOSA, B. R. et al. Avaliação da capacidade funcional dos idosos e fatores associados à incapacidade. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v. 19, n 8, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v19n8/1413-8123-csc-19-08-03317.pdf>. Acesso em: 2020.

BARRETO, M. S.; CARREIRA, L.; MARCON, S. S. Envelhecimento populacional e doenças crônicas: reflexões sobre os desafios para o sistema de saúde pública. **Revista Kairós Gerontologia**, v. 18, n 1, p 325 – 339, 2015. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/kairos/article/view/26092>. Acesso em: 2020.

BOLLELA, V. R. et al. Aprendizagem baseada em equipes: da teoria à prática. **Revista Medicina**. Ribeirão Preto, v. 47, n. 3, p. 293-300. 2014. Disponível em: http://revista.fmrp.usp.br/2014/vol47n3/7_Aprendizagem-baseada-em-equipes-da-teoria-a-pratica.pdf. Acesso em: 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos da atenção básica: envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília, 2006. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_saude_pessoa_idosa.pdf. Acesso em: 2020.

_____. Ministério da Saúde. **Política nacional de educação permanente em saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento?** Brasília, 2018. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude_fortalecimento.pdf. Acesso em: 2020.

CAMPOS, K. F. C.; SENA, R. R.; SILVA, K. L. Educação Permanente nos Serviços de Saúde. **Revista de enfermagem - Escola Anna Nery**, v. 21, n. 4, p. 1 – 10, 2017. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/ean/v21n4/pt_1414-8145-ean-2177-9465-EAN-2016-0317.pdf. Acesso em: 2020.

CAMARGO, F.; DAROS, T. **A sala de aula inovadora: estratégias pedagógicas para fomentar o aprendizado ativo**. Porto Alegre: Penso, 2018.

CUNHA, F. C. M. et al. Fatores que predisõem ao declínio funcional em idosos hospitalizados. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 12, n. 3, p. 475 – 487, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbgg/v12n3/1981-2256-rbgg-12-03-00475.pdf>. Acesso em: 2020.

DIESEL, A.; BALDEZ, A. L. S.; MARTINS, S. N. Os princípios das metodologias ativas de ensino: uma abordagem teórica. **Revista Thema**, v. 14. n. 1, p. 268-288, 2017. Disponível em: <http://revistathema.ifsul.edu.br/index.php/thema/article/view/404>. Acesso em: 2020.

FERREIRA, O. G. L. et al. Significados atribuídos ao envelhecimento: idoso, velho e idoso ativo. **Revista Psico-USF**, v. 15. n. 3, p. 357 – 364, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/pusf/v15n3/v15n3a09.pdf>. Acesso em: 2020.

FECHINE, B. R. A.; TROMPIERI, N. O processo de envelhecimento: as principais alterações que acontecem com o idoso com o passar dos anos. **Revista Inter Science Place**, v. 1, n. 20, p. 106 -132, 2012. Acesso em: 2020.

FONSECA, H. L. A. **Caracterização dos principais problemas de saúde do idoso acamado, e desafios para a equipe de saúde da família no acompanhamento destes**. 2010. 29 f. Trabalho de conclusão de curso (Especialização) – Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2010. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2396.pdf>. Acesso em: 2020.

GERHARDT, T. E.; SILVEIRA, D. T. **Métodos de pesquisa**. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre. 2009.

HEREDIA, V. B. M.; CASARA, M. B.; CORTELLETTI, I. A. Impactos da longevidade na família multigeracional. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 10, n. 1, Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbgg/v10n1/1981-2256-rbgg-10-01-0007.pdf>. Acesso em: 2020.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo 2010, 2019**. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pr/panorama>. Acesso em: 05 set. 2019.

MACEDO, K. D. S. et al. Metodologias ativas de aprendizagem: caminhos possíveis para inovação no ensino em saúde. **Escola Anna Nery**, v. 22, n. 3, p. 1-9, 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/ean/v22n3/pt_1414-8145-ean-22-03-e20170435.pdf. Acesso em: 2020.

MATOS, F. S. et al. Redução da capacidade funcional de idosos residentes em comunidade: estudo longitudinal. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v. 23, n. 10, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v23n10/1413-8123-csc-23-10-3393.pdf>. Acesso em: 2020.

MORAES, E. N. **Atenção à saúde do idoso: aspectos conceituais**. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE Brasília, DF, 2012. Disponível em: http://subpav.org/download/prot/atencao_a_saude_do_idoso_apectos_conceituais.pdf. Acesso em: 2020.

NETTO, P. M.; YUASO, D. R.; KITADAI, F. T. Longevidade: desafio no terceiro milênio. **Revista O Mundo da Saúde**, v. 29, n. 4, p 594 – 607, 2005. Disponível em: http://longevidade.ind.br/wp-content/uploads/2017/04/13_Longevidad._desafios3mil.pdf. Acesso em: 2020.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. **Avaliação multidimensional do idoso**. Curitiba, 2018. Disponível em: https://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2020-04/avaliacaomultiddoidoso_2018_atualiz.pdf. Acesso em: 2020.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. **Linha guia da saúde do idoso**. Curitiba, 2017. Disponível em: http://www.conims.com.br/arquivo_usu/documentos/alterados/sgsites-huner-20180205-103420.pdf. Acesso em: 2020.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. **Linha guia da saúde do idoso**. Curitiba, 2018. Disponível em: http://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2020-04/linhaguiasaudeidoso_2018_atualiz.pdf. Acesso em: 2020.

SÃO PAULO. Secretaria Estadual de Saúde. Instituto Paulista de Geriatria e Gerontologia “José Ermínio de Moraes”. **Avaliação funcional do idoso**. São Paulo, 2015. Disponível em: <https://saudedapessoaidosa.fiocruz.br/pratica/inclus%C3%A3o-digital-para-idosos-integrando-gera%C3%A7%C3%B5es-na-descoberta-de-novos-horizontes>. Acesso em: 2020.

VIEIRA, Sônia. Introdução à bioestatística. Elsevier Brasil, 1997.

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Título da Pesquisa: Capacitação para avaliação e diagnóstico da fragilidade no idoso, para os profissionais de equipes de saúde da família, da Asa Oeste (Lar Paraná) de Campo Mourão – PR.

Nome do pesquisador responsável: Camila Gomes Braga

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa e este documento, chamado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, assegura seus direitos como participante de pesquisa e foram elaboradas em duas vias, assinadas e rubricadas pelo pesquisador e por você, sendo que uma via será sua e outra ficará com o pesquisador.

Por favor, leia com atenção e calma e, aproveite para esclarecer suas dúvidas. Se você tiver perguntas, poderá fazê-las ao pesquisador. Você NÃO sofrerá nenhum tipo de penalização ou prejuízo se não aceitar em participar desta pesquisa ou retirar sua autorização em qualquer momento.

O objetivo dessa pesquisa é elaborar um projeto de intervenção para capacitar os profissionais da estratégia saúde da família a realizarem a avaliação e diagnóstico da fragilidade do idoso na atenção primária a saúde.

Este estudo usará em sua intervenção a metodologia ativa de ensino, não realizando nenhuma intervenção física, psicológica ou social nos participantes, sendo, portanto, a pesquisa classificada como risco mínimo. Se houver, em qualquer etapa da atividade algum desconforto, o participante poderá não permanecer no evento.

Não haverá despesas pessoais ou compensação financeiras relacionadas à sua participação. Não estão previstas indenizações, a não ser que haja comprovação ético-jurídica de qualquer dano decorrente da pesquisa. Você tem a liberdade de se recusar a participar ou a continuar participando em qualquer fase da pesquisa, sem prejuízo para você. Sempre que quiser você poderá pedir informações sobre a pesquisa através do telefone do(a) pesquisador(a) do projeto que consta no final deste documento e, se necessário através do telefone do Comitê de Ética em Pesquisa – Universidade São Caetano do Sul (USCS): Rua Santo Antônio, 50, Centro – São Caetano do Sul, CEP: 09521-160, Telefone: (11) 42393282.

As informações desta pesquisa são confidenciais, e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos participantes, exceto para os responsáveis pelo estudo. Os resultados obtidos nessa pesquisa poderão ser publicados com fins científicos, mas sua identidade será mantida em sigilo.

Não haverá nenhum custo ou benefício financeiro para você. Você terá direito a buscar indenização ou ressarcimento caso você se sinta prejudicado em decorrência desta pesquisa.

A pesquisa não lhe trará benefícios diretos, mas a sua participação agregará um melhor atendimento ao idoso atendido na atenção primária a saúde.

Os procedimentos adotados obedecem aos critérios de ética em pesquisa conforme a Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012, que aprova as diretrizes e

normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Por se tratar de um documento, este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) será rubricado em todas as suas páginas e assinado nas duas vias.

Rubrica do pesquisador: _____ Rubrica do participante: _____

Você receberá uma via do TCLE assinada e rubricada pela pesquisadora, onde constam os e-mails, telefones e endereços para contato, podendo tirar as suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento. A pesquisadora estará a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa, a qual pode ser encontrada no endereço: Av. Guilherme de Paula Xavier, 1370. Centro. Campo Mourão – PR. Telefone (44) 9.9162 2324.

Em caso de denúncias ou reclamações sobre sua participação e sobre questões éticas do estudo, você poderá entrar em contato com a secretária do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da USCS, das 8h às 12h e das 14h às 18h.

Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa	Vice Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa
Profª Dra. Celi de Paula Silva	Prof. Dr. Arquimedes Pessoni
Telefone do Comitê: (11) 42393282	
Endereço do Comitê: Rua Santo Antônio, 50, Centro – São Caetano do Sul	
E-mail do Comitê de Ética em pesquisa: cep.uscs@uscs.edu.br	

O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) tem como função avaliar e acompanhar os aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos. A Comissão Nacional de Ética (CONEP) tem por objetivo desenvolver a regulamentação sobre proteção dos seres humanos envolvidos nas pesquisas. Desempenha um papel coordenador da rede de Comitês de Ética em Pesquisa (CEPs) das Instituições, além de ser um órgão consultor na área de ética em pesquisas.

Consentimento Livre e Esclarecido: Após ter recebido esclarecimentos sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos e métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que esta possa acarretar, declaro que estou de acordo e aceito participar da pesquisa, sabendo que poderei desistir a qualquer momento, como também concordo que os dados sejam usados para fins científicos (divulgação em eventos e publicações), e estou ciente do inteiro teor deste TERMO DE CONSENTIMENTO.

Estou ciente que receberei uma via desse documento. O TCLE será impresso em duas vias. Uma ficará comigo (participante) e outra com a pesquisadora.

Assinatura do participante da pesquisa

Campo Mourão- PR, ____ / ____ / ____.

Responsabilidade do Pesquisador: Asseguro ter cumprido as exigências da Resolução 466 de 2012 CNS/MS e complementares na elaboração do protocolo e obtenção deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Asseguro ter explicado e fornecido uma via deste documento ao participante de pesquisa. Informo que o estudo foi aprovado pelo CEP.

Comprometo-me utilizar os dados obtidos nesta pesquisa exclusivamente para as finalidades previstas neste documento.

Desde já agradeço!

Camila Gomes Braga.

Pesquisadora responsável da USCS: Universidade São Caetano do Sul

APÊNDICE B – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

COLETA DE DADOS

Prezado participante, solicito sua colaboração respondendo a este questionário que faz parte de minha dissertação de mestrado. O objetivo desta intervenção é capacitar os profissionais da estratégia saúde da família a realizarem a avaliação da fragilidade e capacidade funcional do idoso na atenção primária a saúde, tendo em vista o aperfeiçoamento das estratégias educacionais nos serviços de saúde.

Não é necessário colocar seu nome. Agradeço sua participação.

Dados gerais sobre o participante

- a) Sexo: () masculino () feminino
- b) Data de nascimento: ___/___/___
- c) Idade: _____
- d) Iniciais: _____
- e) Profissão: _____
- f) Local de trabalho: _____
- g) Tempo de atuação na ESF: _____

TBL APLICAÇÃO – Teste de Avaliação e Análise de Aprendizagem

1. O IVCF – 20 (Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional), é um instrumento capaz de identificar os principais determinantes da saúde do idosos. Tem caráter multidimensional e avalia dimensões consideradas preditoras de declínio funcional no idoso. São exemplos destas dimensões:
 - A- Idade e sexo.
 - B- Mobilidade, cognição e marcha.
 - C- Somente avaliação das atividades de vida diária instrumentais.

2. Idosos que atingiram a pontuação entre 7 e 14 pontos ao ser aplicado o instrumento de avaliação IVCF-20, são considerados:
 - A- De moderado risco para vulnerabilidade clínico funcional e devem ser submetidos a avaliação multidimensional do idoso na atenção básica.
 - B- De alto risco de vulnerabilidade clínico funcional e devem ser encaminhados para avaliação geriátrica.
 - C- De moderado risco para vulnerabilidade clínico funcional e devem ser acompanhados de forma rotineira na atenção básica.

Caso Simulado – aplicação dos instrumentos IVCF-20, Índice de Katz, Índice de Lawton-Brody.

3. Segundo o índice de Katz, que indica a capacidade para desempenho das atividades de vida diária básicas (AVDB), o idoso do caso simulado foi avaliado e classificado:
 - A- Com muita dependência funcional.
 - B- Total independência funcional.
 - C- Moderada dependência funcional.

4. Ao analisar a avaliação de desempenho funcional para atividades de vida diária instrumentais (AVDI) por meio do índice de Lawton-Brody, o grau de dependência que o paciente apresenta:
 - A- Dependência total para AVDI.
 - B- Dependência parcial para AVDI.
 - C- Independência para AVDI.

5. Utilizando o instrumento IVCF-20, o idoso foi avaliado e pode ser estratificado quanto ao risco de fragilidade como:
 - A- Idoso frágil.
 - B- Idoso robusto.
 - C- Idoso potencialmente frágil.

COLETA DE DADOS

Prezado participante, solicito sua colaboração respondendo a este questionário que faz parte de minha dissertação de mestrado. O objetivo desta intervenção é capacitar os profissionais da estratégia saúde da família a realizarem a avaliação da fragilidade e capacidade funcional do idoso na atenção primária a saúde, tendo em vista o aperfeiçoamento das estratégias educacionais nos serviços de saúde.

Não é necessário colocar seu nome. Agradeço sua participação.

Dados gerais sobre o participante

- a) Sexo: () masculino () feminino
- b) Data de nascimento: ___/___/____
- c) Idade: _____
- d) Iniciais: _____
- e) Profissão: _____
- f) Local de trabalho: _____
- g) Tempo de atuação na ESF: _____

APLICAÇÃO – Teste de Avaliação e Análise de Aprendizagem

1. O VES -13 (Protocolo de Identificação do Idoso Vulnerável), é um instrumento utilizado na atenção primária à saúde (APS) para verificar no idoso seu grau de:
 - A- Fragilidade do idoso.
 - B- Demência do idoso.
 - C- Senilidade do idoso.

Caso Simulado – Aplicação do VES-13 e Estratificação do idoso

2. O idoso avaliado no caso simulado atingiu uma pontuação no VES-13 que o coloca em que classificação na estratificação de risco:
 - A- Baixo risco de fragilização.
 - B- Médio risco de fragilização.
 - C- Alto risco de fragilização.
3. Segundo a estratificação de risco e grau de fragilidade do idoso o mesmo pode ser considerado:
 - A- Idoso robusto.
 - B- Idoso com risco de fragilidade.
 - C- Idoso frágil.
4. No VES-13, o item 3, letra E, está avaliando:
 - A- A força e a resistência muscular.
 - B- A presença de declínio funcional.
 - C- A mobilidade referente aos membros inferiores.

APÊNDICE C – DECLARAÇÃO DE COMPROMISSO

DECLARAÇÃO DE COMPROMISSO

Declaro que irei anexar os resultados da pesquisa na Plataforma Brasil, garantindo o sigilo relativo às propriedades intelectuais.

Declaro que conheço a Norma Operacional CNS 001 de 2013 e a Res. 466/12 – CNS/CONEP e que seguirei seus preceitos.

Título da pesquisa: Capacitação para avaliação da fragilidade e capacidade funcional no idoso, para os profissionais de equipes de saúde da família, da Asa Oeste (Lar Paraná) de Campo Mourão – PR.

Campo Mourão - PR, 14/11/2019.



Camila Gomes Braga

RG: 7.087.931-0

CPF: 019902249-62

DECLARAÇÃO DE COMPROMISSO

Declaro que irei anexar os resultados da pesquisa na Plataforma Brasil, garantindo o sigilo relativo às propriedades intelectuais.

Declaro que conheço a Norma Operacional CNS 001 de 2013 e a Res. 466/12 – CNS/CONEP e que seguirei seus preceitos.

Título da pesquisa: Capacitação para avaliação da fragilidade e capacidade funcional no idoso, para os profissionais de equipes de saúde da família, da Asa Oeste (Lar Paraná) de Campo Mourão – PR.

São Paulo - SP, 14/11/2019.



Prof. Dr. Carlos Alexandre Felício Brito
RG: 18.055326-4
CPF: 161.516.988-19

APÊNDICE D – DECLARAÇÃO DE EXISTÊNCIA DE INFRAESTRUTURA

Demonstrativo de Existência de Infraestrutura

O estudo será realizado utilizando a infraestrutura do Sindicato dos Servidores Municipais de Campo Mourão – PR. A utilização do local foi concedida pelo sindicato por meio de agendamento prévio.

Estou ciente que o projeto só terá início após aprovação do Comitê de Ética em pesquisa, mediante parecer ético consubstanciado.

Declaro que conheço a Resolução 466/12 CNS/CONEP e que seguirei seus preceitos.

Título da Pesquisa: “Capacitação para avaliação da fragilidade e capacidade funcional no idoso, para os profissionais de equipes de saúde da família, da Asa Oeste (Lar Paraná) de Campo Mourão – PR.”

Local e equipamentos que serão utilizados:

Auditório do Sindicato dos Servidores Municipais de Campo Mourão – PR, equipado com cadeiras, ar condicionado, quadro branco, microfone, computador, datashow, rede de internet com wi-fi aberto aos usuários do local, sanitários e bebedouro.



Camila Gomes Braga – Pesquisadora Responsável

APÊNDICE E – DECLARAÇÃO DE COLETA DE DADOS NÃO INICIADA

DECLARAÇÃO DE COLETA DE DADOS NÃO INICIADA

Campo Mourão – PR, 14/11/2019.

À Coordenação do Comitê de Ética em Pesquisa

Prezado(a) Coordenador(a),

Eu, aluna do curso de Mestrado Profissional Inovação no Ensino Superior em Saúde, da Universidade de São Caetano do Sul, Camila Gomes Braga, CPF: 019.902.249-62, responsável pela pesquisa “ Capacitação para avaliação da fragilidade e capacidade funcional no idoso, para os profissionais de equipes de saúde da família, da Asa Oeste (Lar Paraná) de Campo Mourão – PR.”, encontro-me na fase de elaboração documental do referido projeto e afirmo, a esse Comitê de Ética em Pesquisa, que a coleta de dados não foi iniciada.

Declaro que eu aguardarei a tramitação do protocolo no sistema CEP/CONEP (Plataforma Brasil), um vez que a coleta de dados só será iniciada mediante parecer de APROVAÇÃO desta pesquisa.

Atenciosamente,



Camila Gomes Braga

Pesquisadora responsável

APÊNDICE F – CARTA DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPO MOURÃO

SECRETARIA DE SAÚDE

CARTA DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL

(Elaborado de acordo com a Resolução 466/2012 – CNS/CONEP)

Aceito a pesquisadora Camila Gomes Braga, pesquisador principal, da Universidade Municipal de São Caetano do Sul – USCS pesquisa intitulada “CAPACITAÇÃO PARA AVALIAÇÃO DA FRAGILIDADE E CAPACIDADE FUNCIONAL NO IDOSO, PARA OS PROFISSIONAIS DE EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA, DA ASA OESTE (LAR PARANÁ) DE CAMPO MOURÃO – PR.” Sob orientação do Prof. Dr. Carlos Alexandre Felício Brito.

Ciente dos objetivos e da metodologia da pesquisa acima citada, concedo a anuência para seu desenvolvimento, desde que me sejam asseguradas os requisitos abaixo:

O cumprimento das determinações éticas da Resolução n 466/2012 – CNS/CONEP.

A garantia de solicitar e receber esclarecimentos antes, durante e depois do desenvolvimento da pesquisa.

Não haverá nenhuma despesa para esta instituição que seja decorrente da participação da pesquisa.

No caso do não cumprimento dos itens acima, a liberdade de retirar minha anuência a qualquer momento da pesquisa sem penalização alguma.

Campo Mourão, 30 de outubro de 2019.


Secretaria de Saúde
Rosângela Suelen de Lima
Coord. Geral do Programa
Estratégia Saúde da Família
Portaria nº 104/2019

Assinatura e carimbo do responsável pela instituição

Nome: Rosângela Suelen de Lima

CPF: 042.711.379.28

Cargo: Coordenadora Geral da Estratégia Saúde da Família

Local: Secretaria Municipal de Saúde

CNPJ: 09.253.109/0001-05

APÊNDICE G – CONVITE PARA PARTICIPAÇÃO DA PESQUISA

Campo Mourão


Campo Mourão, 03 Março de 2020.

CONVITE

A Secretaria Municipal de Saúde, atendendo a solicitação da Dra. Camila Gomes Braga, convida os profissionais da Estratégia Saúde da Família, equipes das unidades básicas de saúde Vila Cândida, Jardim Pio XII, Cohapar e Danferi, para participarem da capacitação intitulada " **AVALIAÇÃO DA FRAGILIDADE E CAPACIDADE FUNCIONAL DO IDOSO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**".

Esta capacitação integra as atividades previstas na agenda institucional do programa de educação permanente deste departamento, bem como a intervenção programada no projeto de mestrado da Dra. Camila Gomes Braga.

Data: 13/03/2020
Local: auditório do SINDISCAM
Horário: 13 horas



FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE - SECRETARIA DA SAÚDE
Rua Francisco Ferreira Albuquerque, 1999
CEP 87302-0220 FONE (44) 3518-16000 - CNPJ 09.253.109/0001-05

www.campomourao.pr.gov.br

APÊNDICE H – PRODUTO FINAL DO MESTRADO



**UNIVERSIDADE MUNICIPAL DE SÃO CAETANO DO SUL
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO MESTRADO PROFISSIONAL
INOVAÇÃO NO ENSINO SUPERIOR EM SAÚDE**

**PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE
AVALIAÇÃO DA FRAGILIDADE E CAPACIDADE FUNCIONAL DO
IDOSO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

**MANUAL TÉCNICO PARA CAPACITAÇÃO DAS
EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

**AUTORA: CAMILA GOMES BRAGA.
ORIENTADOR: DR. CARLOS ALEXANDRE FELÍCIO BRITO**

CAMPO MOURÃO

2020

FICHA CATALOGRÁFICA

B813a

Braga, Camila Gomes.

Avaliação da fragilidade e capacidade funcional do idoso na Estratégia Saúde da Família: manual técnico para capacitação das equipes de saúde da família. / Camila Gomes Braga. – Campo Mourão, 2020.

19 f.

Inclui referências bibliográficas.

1. Profissional da saúde (capacitação). 2. Metodologias ativas. 3. Aprendizagem Baseada em Equipes (ABE). 4. Saúde do Idoso. 5. Material didático. I. Brito, Carlos Alexandre Felício. II. Título.

APRESENTAÇÃO

Este manual técnico apresenta uma proposta de ensino com uma sequência didática, apoiando-se na Metodologia Ativa, especificamente no *Team Based Learning (TBL)* ou Aprendizagem Baseada em Equipes (ABE), para a realização de capacitação de profissionais das equipes de saúde da família, sobre a avaliação da fragilidade e capacidade funcional do idoso, no âmbito da atenção primária em saúde.

Neste manual, estão elencadas todas as etapas para o desenvolvimento de uma capacitação, com a utilização da ferramenta *TBL*, como estratégia de ensino e aprendizagem, dentro da concepção de metodologia ativa de ensino.

Os exemplos de texto de apoio e testes, que estão descritos nesta sequência didática, devem ser compreendidos como uma sugestão, para utilização deste material em uma capacitação.

Lembrando que a sequência didática proposta, pode ser utilizada para aplicação de conteúdos relacionados a outros temas, em capacitações dentro da educação permanente em saúde.

Pretende-se que este material, apoie o programa de educação permanente em saúde (EPS), facilitando o processo de qualificação dos profissionais da estratégia saúde da família. Espera-se também, que ampliando a competência técnica destes profissionais, estes sejam capazes oferecer um melhor atendimento às necessidades dos idosos, por meio de novas ações, no cotidiano do sistema único de saúde (SUS).

Este manual técnico foi aprovado pela banca examinadora, em dezembro de 2020, na defesa da dissertação " Capacitação das Equipes de Saúde da Família sobre Avaliação Funcional do Idoso", do Mestrado Profissional Inovação no Ensino Superior em Saúde.

SUMÁRIO

1. Objetivos

- 1.1 Apoiar o programa de educação permanente em saúde, facilitando o processo de qualificação dos profissionais da estratégia saúde da família.
- 1.2 Ampliar a competência técnica dos profissionais das equipes de saúde da família, com vistas a oferecer um melhor atendimento às necessidades dos idosos, por meio de novas ações, no cotidiano do sistema único de saúde (SUS).

2. Público Alvo

Profissionais que atuarão como facilitadores de capacitação em programa de educação permanente em saúde.

3. Sugestão de desenho da aplicação da sequência didática:

3.1 Carga horária

A duração da capacitação é de seis horas.

3.2 Cronograma das etapas da capacitação

- Abertura: 30 minutos
- Apresentações e divisão de grupos: 60 minutos
- Leitura do texto de apoio: 20 minutos
- Teste de Garantia de preparo: 20 minutos
- Levantamento das Respostas: 20 minutos
- Momento de Apelação: 40 minutos
- Intervalo: 20 minutos
- Feedback do Facilitador: 40 minutos
- Aplicação dos Conceitos: 60 minutos
- Teste de Aprendizagem: 20 minutos.

3.3 Materiais de Apoio

- Espaço físico (auditório)
- Projetor de imagens
- Quadro Branco
- Canetas e apagador
- Computador
- Rede Wi-Fi
- Impressos (textos de apoio, questionários, cartões e outros).

SEQUÊNCIA DIDÁTICA PARA CAPACITAÇÃO

1. Acolhida dos participantes

O facilitador deverá receber os participantes, agradecer a presença e colaboração de todos na atividade de educação permanente em saúde. O facilitador deve explicar brevemente o assunto que será abordado e o objetivo pretendido.

2. Apresentação oral dos participantes

O facilitador deverá provocar cada participante a apresentar-se, dizendo seu nome, profissão e local de atuação profissional.

3. Apresentação do facilitador

O facilitador fará a aplicação de questões de múltipla escolha, sobre sua identificação, como uma forma dinâmica de apresentar-se aos participantes (ex. idade, formação, cidade de origem) utilizando o recurso digital Mentimeter, disponível em: www.mentimeter.com.

4. Sorteio dos grupos de trabalho

O facilitador deverá utilizar cartões com figuras diferentes (cachorro, árvore, sorvete, flores), em versão impressa.

Cada participante escolherá um cartão. Após, os participantes deverão formar os grupos por semelhança das figuras dos cartões.

5. Preparação prévia

O facilitador fará a distribuição do texto aos participantes para leitura (20 minutos de tempo para leitura individual).

Sugestão de Texto de Apoio

O texto abaixo, foi elaborado tendo como base as publicações técnicas do Ministério da Saúde, Secretaria de Estado da Saúde do Paraná e Instituto Paulista de Geriatria e Gerontologia, citadas nas referências bibliográficas, ao final deste material.

TEXTO PARA LEITURA

O envelhecimento pode ser definido como um processo dinâmico e progressivo no qual há modificações morfológicas, funcionais, bioquímicas e psicológicas que determinam a perda da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente, ocasionando maior vulnerabilidade e ocorrência mais frequente de doenças, que terminam por levá-lo à morte.

O envelhecimento fisiológico, também denominado senescência, é um processo dinâmico e progressivo, no qual há alterações biológicas, morfológicas, bioquímicas, funcionais e psicológicas, que desencadeiam a diminuição e a perda da capacidade do indivíduo de adaptar-se ao meio ambiente, ocasionando maior vulnerabilidade. O envelhecimento patológico, ou senilidade ocorre quando doenças e agravos acometem o idoso durante o processo fisiológico do envelhecimento.

A saúde do idoso resulta da interação multidimensional entre saúde física, saúde mental (aspectos cognitivos e emocionais), autonomia, integração social, suporte familiar e independência econômica. Para aqueles que envelhecem, muito mais do que apenas a ausência de doenças, a qualidade de vida deve refletir a manutenção da autonomia, ou seja, da capacidade de determinação e execução dos próprios desígnios. O comprometimento de qualquer uma das dimensões citadas pode afetar a capacidade funcional (capacidade de manter-se independente e autônomo) do idoso.

Assim, o conceito de saúde do idoso deve estar claro, não se deve confundir presença de doenças ou idade avançada com ausência de saúde, que deve ser definida como uma medida da capacidade individual de realização de aspirações e da satisfação das necessidades, independentemente da idade ou da presença de doenças.

São considerados idosos, indivíduos com idades a partir de 60 anos nos países em desenvolvimento e de 65 anos em países desenvolvidos. O limite de 60 anos foi adotado no Brasil e é o considerado no Estatuto do Idoso e nas políticas brasileiras relacionadas ao envelhecimento.

O processo de envelhecimento populacional vem se dando de forma acelerada em todo o mundo. Segundo as Nações Unidas, em 2015 viviam no mundo 901 milhões de indivíduos com idade iguais ou superiores a 60 anos. Esse número deve aumentar para 1,4 bilhão em 2030 e para 2,1 bilhões em 2050. Embora seja previsto aumento substancial do número de idosos virtualmente em todos os países entre 2015 e 2030, esse crescimento deve ser maior nas regiões em desenvolvimento. No Brasil, este processo teve início na década de 1960, a partir do declínio das taxas de fecundidade e de mortalidade. Para o Brasil, cuja população idosa em 2010 representava 11,7% da população geral, projeta-se aumento desse percentual para 18,8% em 2030 e para 29,3% em 2050.

FRAGILIDADE

Fragilidade é o estado de aumentada vulnerabilidade a desfechos adversos de saúde como internações, quedas, dependência e mortalidade. Ocorre pelo declínio das reservas e funções fisiológicas associado a idade e resulta na diminuição da capacidade de lidar com estressores. Tem sido associada a complicações pós-cirúrgicas, infecções, imobilidade e outras síndromes geriátricas, declínio físico e incapacidade. É um estágio que precede a incapacidade. Pode ser detectada precocemente e potencialmente reversível, portanto, sua identificação significa uma janela de oportunidade para a adoção de medidas preventivas que podem ter elevado impacto na vida do idoso.

INSTRUMENTO PARA RASTREIO DO IDOSO VULNERÁVEL (VES-13)

O Vulnerable Elders Survey (VES-13) ou Protocolo de Identificação do Idoso Vulnerável é um instrumento simples e eficaz, capaz de identificar o idoso vulnerável

residente na comunidade, com ênfase nos dados referentes a idade, autopercepção da saúde, presença de limitações físicas e incapacidades. O idoso vulnerável foi definido como aquele indivíduo que tem risco de declínio funcional ou morte.

O VES-13 deve ser aplicado a todos os idosos residentes na área de abrangência da UBS pelo ACS ou técnicos de enfermagem previamente treinados e supervisionados pela enfermeira. Os resultados registrados por estes profissionais serão analisados pela enfermeira que classificará o risco de vulnerabilidade e definirá a prioridade para avaliação multidimensional na UBS, procedendo o agendamento das consultas.

AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL DO IDOSO – ÍNDICE DE VULNERABILIDADE CLÍNICO-FUNCIONAL –20 (IVCF-20)

Trata-se de um questionário simples, capaz de avaliar os principais determinantes da saúde das pessoas idosas. Apresenta caráter multidimensional e alta confiabilidade, pois avalia oito dimensões consideradas preditoras de declínio funcional e óbito em idosos: a idade, autopercepção da saúde, atividades de vida diária, cognição, humor/comportamento, mobilidade (alcance, preensão e pinça; capacidade aeróbica/muscular; marcha e continência esfinteriana), comunicação (visão e audição) e a presença de comorbidades múltiplas, representada por polipatologia, polifarmácia e/ou internação recente.

Este índice pode ser considerado uma metodologia de Avaliação Geriátrica Ampla ou Avaliação Multidimensional, realizada por profissionais não especialistas.

Idosos com pontuação no IVCF-20 igual ou superior a 15 pontos apresentam **alto risco** de vulnerabilidade clínico-funcional e devem ser submetidos a Avaliação Multidimensional do Idoso e elaboração do plano de cuidados, com encaminhamento para a Atenção Secundária quando disponível.

Idosos com pontuação entre 7 e 14 pontos são considerados de **moderado risco** de vulnerabilidade clínico-funcional e devem ser submetidos Avaliação Multidimensional na atenção básica, que pode ser realizada por profissionais não especializados.

Por sua vez, os idosos com pontuação entre 0 e 6 pontos são considerados de **baixo risco** e podem ser acompanhados de forma rotineira na atenção básica, devendo ter seu risco reavaliado anualmente pelo IVCF-20.

CAPACIDADE FUNCIONAL

Entende-se por capacidade funcional a capacidade do indivíduo para a manutenção plena das habilidades físicas e mentais desenvolvidas ao longo da vida, necessárias e suficientes para que se tenha um cotidiano com independência e autonomia. A funcionalidade global é a base do conceito de saúde do idoso, que é considerado saudável quando é capaz de realizar suas atividades sozinho, de forma independente e autônoma, mesmo que tenha doenças.

Independência e autonomia estão intimamente relacionadas, mas são conceitos diferentes. Existem pessoas com dependência física, mas capazes de decidir as atividades de seu interesse. Por outro lado, há pessoas que têm condições físicas para realizar determinadas tarefas do cotidiano, mas não têm condições de decidir e escolher com segurança sobre como, quando e onde se envolver nessas atividades. A perda da independência nem sempre se associa à perda de autonomia: um idoso com perda da capacidade de deambular, pode perfeitamente gerenciar sua vida com autonomia e participação social.

O declínio funcional é a perda da autonomia e/ou da independência, pois restringe a participação social do indivíduo. Por sua vez, a independência e a autonomia estão intimamente relacionadas ao funcionamento integrado e harmonioso de sistemas funcionais como a cognição, humor/comportamento, mobilidade e comunicação. O declínio funcional dos idosos geralmente segue uma hierarquia, iniciando pelas AVD mais complexas (avançadas e instrumentais), até comprometer o autocuidado (AVD básicas), podendo ser o reflexo de uma doença grave ou conjunto de doenças que comprometem direta ou indiretamente os quatro domínios funcionais principais (cognição, humor/comportamento, mobilidade e comunicação) de forma isolada ou associada.

Toda avaliação do idoso deve ter como ponto de partida a avaliação da funcionalidade global, através das atividades de vida diária básicas e instrumentais. O principal sintoma a ser investigado é o declínio funcional.

AVALIAÇÃO DAS ATIVIDADES BÁSICAS DE VIDA DIÁRIA (ABVD)

O índice ou escala de Katz é um instrumento de avaliação do declínio funcional do idoso. Avalia as atividades básicas de vida diária (ABVD), mensurando a capacidade funcional pelo desempenho de algumas funções: tomar banho, vestir-se, ir ao banheiro, transferir-se, continência e alimentar-se.

AVALIAÇÃO DAS ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA INSTRUMENTAIS

O índice ou escala de Lawton tem por objetivo avaliar a capacidade funcional do idoso pelo desempenho em atividades diárias mais complexas ou instrumentais, cujo a independência está diretamente relacionada às condições favoráveis para convivência na comunidade.

6. Avaliação de garantia de preparo - teste individual

O facilitador deve instruir, que cada participante deverá responder as questões individualmente, disponibilizadas em impressão ou no aplicativo www.mentimeter.com.

O facilitador deve apresentar os percentuais de cada resposta (anotar no quadro ou em tempo real pelo aplicativo), após todos terem respondido. Não apresentar as respostas corretas, neste momento.

7. Avaliação de garantia de preparo - teste em equipe

Os participantes serão instruídos a analisarem, agora em grupo, as questões novamente, argumentando as respostas que cada um escolheu. O grupo decidirá qual a melhor resposta para a questão. (15 minutos para esta atividade).

Um membro do grupo irá responder ao teste novamente (impresso ou pelo aplicativo), assinalando a resposta escolhida pelo grupo.

Após todos os grupos responderem, o facilitador apresentará o percentual das respostas. Em seguida apresentará qual a resposta considerada correta para cada questão.

Sugestão de teste prévio**AVALIAÇÃO DE GARANTIA DE PREPARO**

1. O envelhecimento é um processo progressivo em que ocorrem mudanças do tipo:

- a) Morfológica e espiritual
- b) Psicológicas
- c) Funcionais e bioquímicas
- d) Todas estão corretas, exceto a alternativa A.

2. Assinale a alternativa incorreta:

- a) A existência de doenças durante o envelhecimento caracteriza a senilidade.
- b) No Brasil, são considerados idosos os indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos.
- c) O aumento da população idosa no Brasil, teve início nos anos 70, devido ao declínio da taxa de fecundidade.

3. Assinale a alternativa correta:

- a) A fragilidade é um processo que precede a incapacidade funcional no idoso.
- b) Medidas preventivas na abordagem da fragilidade, tem pouco impacto na vida do idoso.
- c) Idoso vulnerável é aquele indivíduo que tem pouco risco de morte.

4. Sobre o instrumento de avaliação VES-13 e IVCF-20, é correto afirmar:

- a) O IVCF-20 é realizado por profissionais especializados em geriatria.
- b) O VES-13 necessita de materiais e equipamentos complexos para sua aplicação, devendo assim ser realizado na unidade básica de saúde.
- c) O VES-13 é capaz de identificar o idoso vulnerável, e o IVCF-20 avalia condições preditoras de declínio funcional e óbito.

8. Momento de apelação

Neste momento o facilitador abre um tempo, para que cada equipe possa argumentar a resposta escolhida ou recorrerem caso não concordem com a resposta indicada. Deve ser incentivada a discussão entre os grupos pautada em argumentação entre eles.

9. Feedback do facilitador

O facilitador deverá realizar uma apresentação (mini- conferência) utilizando recursos áudio visuais, para reforçar os conteúdos mais relevantes, destacados nas questões e no texto de apoio.

10. Aplicação de conceitos

Nesta etapa da capacitação os participantes irão aplicar os conhecimentos para resolver questões/problemas, presentes na prática profissional diária, estudando um caso clínico simulado.

O texto com o caso clínico simulado poderá ser disponibilizado impresso, projetado em tela, ou em aplicativo.

Individualmente farão a interpretação, inferências e análise da situação apresentada.

Sugestão de texto – Aplicação de Conceitos

O caso clínico abaixo, foi adaptado a partir de publicações técnicas da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, citada nas referências bibliográficas, ao final deste material.

CASO CLÍNICO (FICTÍCIO)

Trata-se de M. R. S., 82 anos, viúva, branca, baixa escolaridade (dois anos), residente na área de abrangência da Unidade de Saúde Brejo Santo. A família procurou o centro de saúde afirmando que a “saúde da mãe estava muito mal” e relatando um histórico de esquecimento de cerca de quatro anos. No início, os familiares perceberam dificuldade para lembrar nomes, recados e notaram que a idosa estava repetitiva, contando os mesmos casos e fazendo as mesmas perguntas várias vezes. O agente comunitário percebeu que o “esquecimento” fez com que ela deixasse de fazer várias atividades do cotidiano, como sair sozinha, cuidar da casa e fazer compras no mercado, pois já não reconhecia o dinheiro. O quadro foi considerado “normal da idade” e foi prescrito Ginko biloba 80 mg duas vezes ao dia e vitaminas do complexo B. O caso piorou progressivamente, até que surgiram alucinações visuais e ideias delirantes (ilusões de roubo, traição do marido, etc.). Procurou ajuda psiquiátrica do posto de saúde, onde o médico iniciou um tratamento com Haldol R + Akineton R, com melhora do quadro de alucinações.

Nega desânimo, falta de interesse ou tristeza. Gosta de assistir televisão, ouvir rádio em seus programas preferidos. A filha relata também dificuldade para caminhar e ocorrência de cinco quedas no último ano e afirma que, por isso, a mãe passa a maior parte do tempo deitada ou sentada, necessitando atualmente, de ajuda para se movimentar. Pesa 61 kg, altura 1,64 cm, panturrilha com 33 cm de circunferência, mantêm os movimentos voluntários de elevação e flexão de braços e pernas, porém com pouca força para sustentar objetos pesados. A filha informa que a mãe, consegue tomar água e comer sozinha, utilizado talheres e copos, assim como segurar pequenos objetos nas mãos como telefone e sua bíblia.

Tem passado de hipertensão arterial (há 14 anos) e diabetes mellitus (há 20 anos). Dispneia aos esforços habituais. Tontura frequente, sem caráter rotatório, de

longa data, atribuída a “labirintite”. Constipação antiga, 4/4 dias, fezes ressecadas. Não consegue controlar a urina, usando fraldas há três meses. Utiliza prótese dentária há mais de 20 anos, sem nenhum acompanhamento odontológico. Faz uso regular de nifedipina 20 mg duas vezes ao dia; hidroclorotiazida 50 mg pela manhã; cinarizina 75 mg uma vez ao dia; amitriptilina 50 mg a noite; Haldol 5mg/noite; biperideno 2mg duas vezes ao dia; glibenclamida 5 mg duas vezes ao dia; diclofenaco 50 mg esporadicamente, para dor no joelho; e diazepam 10 mg a noite para insônia.

Atualmente, não realiza mais nenhuma atividade doméstica e precisa de ajuda para todos os cuidados, exceto para se alimentar. Nega histórico pessoal ou familiar de fratura osteoporótica ou por fragilidade, bem como de alcoolismo ou tabagismo.

A idosa tem duas filhas casadas, que trabalham o dia todo. O filho mora em outra cidade e mantém pouco contato. É cuidada por uma doméstica, responsável pelos afazeres da casa (limpar, cozinhar, lavar e passar), sem nenhuma experiência com idosos. A renda familiar não é suficiente para a contratação de um cuidador qualificado. As filhas estão pensando em institucionalização pela dificuldade com o cuidado diário, mas o filho é contra e argumenta que as suas irmãs deveriam se revezar nos cuidados.

11. Avaliação de Aprendizagem

Nesta fase, cada participante responderá um teste (disponibilizar teste impresso ou em aplicativo), onde demonstrará o conhecimento adquirido na para a resolução de questões, pertinentes ao conteúdo trabalhado aplicado à prática (caso simulado).

As questões deverão ser disponibilizadas aos participantes em versão impressa ou pelo aplicativo.

Ao analisar as respostas do teste, o facilitador deverá realizar o fechamento do conceito/tema e do objetivo de aprendizagem da capacitação.

Sugestão de Teste de Aprendizagem

Avaliação de Aprendizagem

1. O IVCF–20 (Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional), é um instrumento capaz de identificar os principais determinantes da saúde do idosos. Tem caráter multidimensional e avalia dimensões consideradas preditoras de declínio funcional no idoso. São exemplos destas dimensões:

A- Idade e sexo

B- Mobilidade, cognição e marcha

C- Somente avaliação das atividades de vida diária instrumentais

2. Idosos que atingiram a pontuação entre 7 e 14 pontos ao ser aplicado o instrumento de avaliação IVCF-20, são considerados:

D- De moderado risco para vulnerabilidade clínico funcional e devem ser submetidos a avaliação multidimensional do idoso na atenção básica.

E- De alto risco de vulnerabilidade clínico funcional e devem ser encaminhados para avaliação geriátrica.

F- De moderado risco para vulnerabilidade clínico funciona de devem ser acompanhados de forma rotineira na atenção básica.

3. Segundo o índice de Katz, que indica a capacidade para desempenho das atividades de vida diária básicas (AVDB), o idoso do caso simulado foi avaliado e classificado:

D- Com muita dependência funcional

E- Total independência funcional

F- Moderada dependência funcional

4. Ao analisar a avaliação de desempenho funcional para atividades de vida diária instrumentais (AVDI) por meio do índice de Lawton-Brody, o grau de dependência que o paciente apresenta:

D- Dependência total para AVDI

E- Dependência parcial para AVDI

F- Independência para AVDI

5. Utilizando o instrumento IVCF–20, o idoso foi avaliado e pode ser estratificado quanto ao risco de fragilidade como:

D- Idoso frágil

E- Idoso robusto

F- Idoso potencialmente frágil

6. O VES–13 (Protocolo de Identificação do Idoso Vulnerável), é um instrumento utilizado na atenção primária à saúde (APS) para verificar no idoso seu grau de:

D- Fragilidade do idoso

E- Demência do idoso

F- Senilidade do idoso

7. O idoso avaliado no caso simulado atingiu uma pontuação no VES–13 que o coloca em que classificação na estratificação de risco:

D- Baixo risco de fragilização

E- Médio risco de fragilização

F- Alto risco de fragilização

8. Segundo a estratificação de risco e grau de fragilidade do idoso o mesmo pode ser considerado:

D- Idoso robusto

E- Idoso com risco de fragilidade

F- Idoso frágil

9. No VES–13, o item 3, letra E, está avaliando:

D- A força e a resistência muscular

E- A presença de declínio funcional

F- A mobilidade referente aos membros inferiores

REFERÊNCIAS

INSTITUTO PAULISTA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA. **Avaliação funcional do idoso**. São Paulo, 2015.

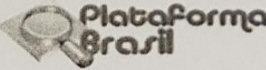
PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. **Avaliação multidimensional do idoso**. Curitiba, 2017.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. **Saúde do idoso na atenção primária à saúde**. Curitiba, 2014.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. **Linha guia da saúde do idoso**. Curitiba, 2017.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. **Linha guia da saúde do idoso**. Curitiba, 2018.

ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

UNIVERSIDADE MUNICIPAL DE SÃO CAETANO DO SUL - 								
PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP								
<p>DADOS DO PROJETO DE PESQUISA</p> <p>Título da Pesquisa: CAPACITAÇÃO PARA AVALIAÇÃO DA FRAGILIDADE E CAPACIDADE FUNCIONAL NO IDOSO, PARA OS PROFISSIONAIS DE EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA, DA ASA OESTE (LAR PARANÁ) DE CAMPO MOURÃO, PR.</p> <p>Pesquisador: CAMILA GOMES BRAGA</p> <p>Área Temática:</p> <p>Versão: 1</p> <p>CAAE: 26434119.1.0000.5510</p> <p>Instituição Proponente: Universidade Municipal de São Caetano do Sul</p> <p>Patrocinador Principal: Financiamento Próprio</p> <p>DADOS DO PARECER</p> <p>Número do Parecer: 3.757.965</p> <p>Apresentação do Projeto:</p> <p>Trata-se de um projeto de pesquisa do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu – Mestrado Profissional Inovação no Ensino Superior em Saúde da aluna Camila Gomes Braga, sob orientação do Prof. Dr. Carlos Alexandre Felício Brito da Universidade Municipal de São Caetano do Sul.</p> <p>Introdução</p> <p>O crescimento da população idosa é uma realidade em todo o mundo, e no Brasil o mesmo processo ocorre de forma crescente e rápida. Alguns fatores foram importantes para que o país alcançasse este índice, como a redução da taxa de mortalidade infantil e a diminuição da fecundidade. (FONSECA, 2010). A população brasileira está envelhecendo rapidamente e combinado com o aumento da longevidade dos idosos, leva ao surgimento de novas demandas e ao uso mais frequente dos serviços de saúde. Todavia, ainda que as doenças sejam mais frequentes nesta faixa etária, nem sempre estão associadas à dependência funcional. Assim, o envelhecimento do indivíduo não é sinônimo de incapacidades e dependência, mas sim, de maior vulnerabilidade (PARANÁ, 2017). O declínio funcional caracteriza-se pela perda da autonomia e/ou da independência, pois restringe a participação social do indivíduo. Por sua vez, a independência e autonomia estão intimamente relacionadas ao funcionamento integrado e harmonioso de domínios funcionais como a cognição, humor, comportamento, mobilidade e comunicação (PARANÁ, 2018). O declínio funcional ocorre no indivíduo idoso, de forma progressiva, com sinais e sintomas</p>								
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="border: none;">Endereço: Rua Santo Antonio, 50</td> <td style="border: none;">CEP: 09.521-160</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Bairro: Centro</td> <td style="border: none;">Município: SAO CAETANO DO SUL</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">UF: SP</td> <td style="border: none;">Telefone: (11)4239-3200</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Fax: (11)4221-9888</td> <td style="border: none;">E-mail: cep.uscs@uscs.edu.br</td> </tr> </table>	Endereço: Rua Santo Antonio, 50	CEP: 09.521-160	Bairro: Centro	Município: SAO CAETANO DO SUL	UF: SP	Telefone: (11)4239-3200	Fax: (11)4221-9888	E-mail: cep.uscs@uscs.edu.br
Endereço: Rua Santo Antonio, 50	CEP: 09.521-160							
Bairro: Centro	Município: SAO CAETANO DO SUL							
UF: SP	Telefone: (11)4239-3200							
Fax: (11)4221-9888	E-mail: cep.uscs@uscs.edu.br							

Continuação do Parecer: 3.757.965

inespecíficos e muitas vezes atípicos, sendo identificado pela avaliação da capacidade de executar as atividades básicas da vida diária bem como as atividades instrumentais da vida diária (FONSECA, 2010). O termo fragilidade é comumente utilizado para representar o grau de vulnerabilidade do idoso a desfechos adversos tais como a própria dependência funcional, além de outros níveis de vulnerabilidade, como o risco de institucionalização ou morte (PARANÁ, 2017). Na saúde pública, propõe-se o conceito de fragilidade multidimensional, definida como a redução da reserva homeostática e/ou da capacidade de adaptação às agressões biopsicossociais e, conseqüentemente, maior vulnerabilidade ao declínio funcional (PARANÁ, 2017). A longevidade somada a uma maior expectativa de vida da população, traz a reflexão sobre a necessidade de planejamento acerca da assistência à saúde deste grupo etário, adequada a sua condição física e mental (PARANÁ, 2018). Os profissionais da atenção primária à saúde estão em uma posição de proximidade ideal, em relação ao usuário dentro da estrutura dos serviços de saúde e são os profissionais mais adequados para avaliar a fragilidade e a capacidade funcional nos idosos (PARANÁ, 2018). Campo Mourão é uma cidade do interior do estado do Paraná, tem a população estimada pelo IBGE em agosto de 2019 (com base no censo de 2010) em 94.859 habitantes. Os idosos neste município são 7,8% da população (IBGE, 2019). A Asa Oeste compreende o setor Lar Paraná e conta com quatro equipes de saúde da família, que atendem aos bairros Vila Cândida, Cohapar, Pio XII, e Danferi. A população cadastrada nestas equipes totalizam 16.872 habitantes, onde 19 % são idosos. Mesmo sendo positiva a experiência da implantação das equipes de saúde da família no município, as estratégias que abordam a saúde do idoso, respaldadas nas políticas de saúde do Ministério da Saúde, não foram incorporadas ao processo de trabalho destas equipes. As equipes de saúde da família, que abrangem a Asa Oeste (Lar Paraná) do município de Campo Mourão – PR, não receberam nenhum tipo de treinamento sobre saúde do idoso, desde a implantação das mesmas, segundo informação da secretaria municipal de saúde. Apesar da existência de diretrizes assistenciais, operacionais e de gestão nacionais e estaduais sobre a saúde do idoso, nunca houve a aplicação destes na prática assistencial destas equipes. Neste contexto é indispensável a capacitação dos profissionais da estratégia saúde da família, para que sejam capazes de utilizar as ferramentas de avaliação da fragilidade e da capacidade funcional no idoso, para que tenham a compreensão factual (saúde do idoso), conceitual (protocolos de avaliação na saúde do idoso), procedimental (utilização das ferramentas de avaliação do idoso). Ainda com a capacitação, serão promovidas a aplicação dos conteúdos sobre o tema, tendo em vista os protocolos de assistência à saúde do idoso, a análise considerando a utilização dos testes individuais e em grupo, e pôr fim a avaliação e síntese dos resultados obtidos na intervenção. A

Endereço: Rua Santo Antonio, 50**Bairro:** Centro**CEP:** 09.521-160**UF:** SP**Município:** SAO CAETANO DO SUL**Telefone:** (11)4239-3200**Fax:** (11)4221-9888**E-mail:** cep.uscs@uscs.edu.br

Continuação do Parecer: 3.757.965

secretaria de saúde dispõe de um programa de educação permanente voltada aos profissionais que atuam na atenção primária à saúde. Os treinamentos são realizados mensalmente, em horário de trabalho dos profissionais, ocorrem por meio de aulas expositivas sem qualquer forma de avaliação para verificação se o objetivo de aprendizagem foi alcançado. Soma-se ainda o fato, de que a saúde do idoso não é abordada como temática em nenhum dos treinamentos da agenda institucional. Ao assistir a uma palestra (escutar) passivamente o ouvinte alcança somente 5% de retenção de conhecimento, enquanto que utilizando um método ativo de ensino o mesmo pode alcançar de 50% a 85% de aproveitamento a depender da escolha da ferramenta. (CAMARGO e DAROS, 2018). A metodologia de aprendizagem ativa (MA) tem uma concepção de educação crítico-reflexiva com base em estímulo no processo ensino-aprendizagem, resultando em envolvimento por parte do educando na busca pelo conhecimento (MACEDO, 2018). Na MA a aprendizagem ocorre pela ação, colocando o estudante no centro dos processos de ensino e de aprendizagem, e não apenas como mero expectador dos conteúdos que lhe são apresentados (DIESEL, 2017). A aprendizagem baseada em equipes (TBL) é uma estratégia instrucional, contemplada na MA, cujo método propõe-se a induzir os estudantes à preparação prévia (estudo) para as atividades em classe. É uma ferramenta educacional que possibilita a interação e colaboração no trabalho dos alunos, sendo estes responsabilizados pelo seu preparo antes da aula e em colaborar com os membros da equipe para resolver problemas e na tomada de decisões. (BOLLELA, 2014)

Metodologia Proposta:

Trata-se de uma pesquisa de intervenção, com abordagem quantitativa. 2.2 LOCALA capacitação será realizada no auditório do SINDISCAM (Sindicato dos Servidores Municipais de Campo Mourão), com data e horário a serem definidos, após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (Plataforma Brasil). 2.3 AMOSTRA A composição da população de estudo será de participantes integrantes das equipes da Estratégia Saúde da Família, região da Asa Oeste em Campo Mourão – PR. A amostra será constituída dos profissionais médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde, das equipes saúde da família, idade maior ou igual a 18 anos, de ambos os sexos, que se disponham a participar voluntariamente da pesquisa, de acordo com Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Pesquisa, e indivíduos que estiverem de acordo com os critérios de inclusão. A amostra que comporá o estudo será aleatória simples. A amostra calculada para este estudo foi de 32 participantes.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Endereço: Rua Santo Antonio, 50

Bairro: Centro

CEP: 09.521-160

UF: SP

Município: SAO CAETANO DO SUL

Telefone: (11)4239-3200

Fax: (11)4221-9888

E-mail: cep.uscs@uscs.edu.br

Continuação do Parecer: 3.757.965

Realizar capacitação para os profissionais das equipes de saúde da família da Asa Oeste (Lar Paraná), para avaliação da fragilidade e capacidade funcional do idoso no âmbito da atenção primária.

Objetivo Secundário:

- Incluir o tema saúde do idoso na agenda institucional do programa de educação permanente da secretaria de saúde, do município de Campo Mourão/PR
- Realizar o treinamento para a ESF, sobre a forma de utilização dos instrumentos de avaliação da fragilidade e capacidade funcional no idoso, contemplados nos protocolos de assistência à saúde do idoso do Ministério da Saúde e do estado do Paraná, tornando-os capazes de reconhecer o nível de fragilidade e declínio funcional na prática assistencial da APS.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

O presente estudo possui a Classificação do Risco Mínimo, pois o preenchimento do Instrumento poderá causar cansaço ou algum desconforto em responder alguma questão específica.

Benefícios:

O estudo não trará benefícios diretos para o participante, porém a identificação dos dados obtidos possibilitará incluir a Saúde do Idoso na Agenda Institucional do Programa de Educação Continuada aos profissionais das Equipes de Saúde da Família do município de Campo Mourão/PR para a identificação do idoso em condição de fragilidade no âmbito da Atenção Primária.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa se apresenta clara e adequada.

Vide item "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações".

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos foram apresentados.

Vide item "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações".

Recomendações:

Vide item "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações".

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Corrigir o e-mail do CEP do TCLE (cep.uscs@adm.uscs.edu.br)

Aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Corrigir o e-mail do CEP do TCLE (cep.uscs@adm.uscs.edu.br)

Endereço: Rua Santo Antonio, 50

Bairro: Centro

CEP: 09.521-160

UF: SP

Município: SAO CAETANO DO SUL

Telefone: (11)4239-3200

Fax: (11)4221-9888

E-mail: cep.uscs@uscs.edu.br