



MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

FRANCISCO DANIEL LEAL SOUSA

ANÁLISE DAS AÇÕES EDUCATIVAS REALIZADAS POR PROFISSIONAIS DA
ATENÇÃO BÁSICA NO CUIDADO COM A PESSOA IDOSA

TERESINA

2016

FRANCISCO DANIEL LEAL SOUSA

**ANÁLISE DAS AÇÕES EDUCATIVAS REALIZADAS POR PROFISSIONAIS DA
ATENÇÃO BÁSICA NO CUIDADO COM A PESSOA IDOSA**

Trabalho de conclusão de Mestrado - TCM apresentado à Coordenação do Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família do Centro Universitário - UNINOVAFAPI, como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Área de concentração: Saúde da Família

Linha de Pesquisa: Formação de recursos humanos na atenção à saúde da família

Orientador: Fabrício Ibiapina Tapety

TERESINA

2016

FICHA CATALOGRÁFICA

_____SOUSA, Francisco Daniel Leal

Análise das ações educativas realizadas por profissionais da atenção básica no cuidado com a pessoa idosa / Francisco Daniel Leal Sousa. Orientador(a): Prof. Dr. Fabrício Ibiapina Tapety: Centro Universitário UNINOVAFAPI, 2016.

78p.

Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família) – Centro Universitário UNINOVAFAPI, Teresina, 2016.

1. Educação em saúde; 2. Atenção primária a saúde; 3. Idoso;

CDD 614

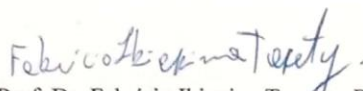
FRANCISCO DANIEL LEAL SOUSA

**ANÁLISE DAS AÇÕES EDUCATIVAS REALIZADAS POR PROFISSIONAIS
DA ATENÇÃO BÁSICA NO CUIDADO COM A PESSOA IDOSA**

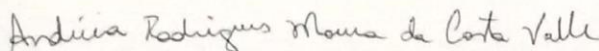
Trabalho de Conclusão de Mestrado - TCM,
apresentado à Coordenação do Programa de
Mestrado Profissional em Saúde da Família do
Centro Universitário UNINOVAFAPÍ, como
requisito para a obtenção do título de mestre
em saúde da família.

Aprovado em: 05 de julho de 2016

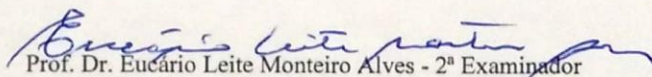
BANCA EXAMINADORA



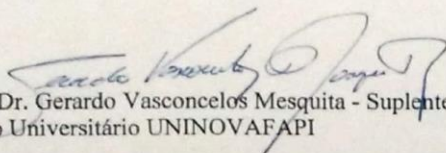
Prof. Dr. Fabrício Ibiapina Tapety - Presidente
Centro Universitário UNINOVAFAPÍ



Prof. Dra. Andréia Rodrigues Moura da Costa Valle - 1ª Examinadora
Universidade Federal do Piauí - UFPI



Prof. Dr. Eucário Leite Monteiro Alves - 2ª Examinador
Centro Universitário UNINOVAFAPÍ



Prof. Dr. Gerardo Vasconcelos Mesquita - Suplente
Centro Universitário UNINOVAFAPÍ

A Deus, pelo dom da vida, e por sempre me reerguer
após todas as grandes batalhas surgiram em meu
caminho. Amém!

AGRADECIMENTOS

Ao meu Deus, a razão da minha existência! Por vezes, me senti incapaz mas Tu sempre me estendeste Tua mão e me ergueste para que mais uma vez eu pudesse tentar. Por vezes, senti minha alma se abater e Tu me destes mais força para prosseguir. Por vezes, senti meu espírito desvanecer e até chorar e Tu que sempre me amastes, enviaste o teu próprio espírito divino para me consolar. Hoje, é chegada a vitória... pela força que me destes e por me conduzir no Teu caminho a Ti, meu Deus, toda honra e toda glória eternamente, Que Assim Seja.

À minha mãe, meu amor maior, Francisca Vanilde Leal (Vanda)(*in memoriam*), mulher sábia, guerreira, inteligente e forte que enfrentou enormes dificuldades e lutou com garra para superar os desafios da vida em prol dos seus filhos, para que estes pudessem conquistar seus objetivos e trilhar novos caminhos.

Ao meu amado pai, Raimundo Domingos de Sousa (*in memoriam*), por ter sido um pai exemplar, trabalhador, responsável, honesto. Homem de bem. Que mesmo após a sua ausência, deixou-nos frutos de honestidade, responsabilidade e ensinamentos de bem para que pudéssemos conquistar nossos objetivos e vencer todos os obstáculos.

Aos meus queridos irmãos, Daniela, Luciane e Glennylson por serem minha base, meu refúgio e minha fortaleza em todos os momentos da minha vida, pela confiança, incentivo, paciência e presença nesta caminhada. Sem eles, nada teria mais sentido para mim.

Aos meus pequeninos grandes amores, meus sobrinhos Breno, Letícia e Ariadne, razão do meu sorriso, fonte de alegria e ternura são presentes que Deus me concedeu.

Ao meu avô, França Leal (*in memoriam*) Homem de fé, de coragem, exemplo de paciência e conformidade, levarei sempre comigo seus mais belos ensinamentos.

A minha avó Antônia, pelo amor e ternura, pela confiança e pelas mais belas palavras de aconchego e mesmo morando distante sempre esteve ao meu lado.

Ao meu cunhado Andrade por estar sempre torcendo pelas minhas conquistas e vitórias.

Ao meu orientador, professor Fabrício Ibiapina Tapety, pela sua paciência, compreensão, pelas palavras de conforto quando mais precisei pela divisão de conhecimento e parceria, me dando a condição de uma visão mais focada e justa para que eu não tropeçasse em meio a essa longa caminhada. O resultado de um esforço comum, consciente e honesto do desenvolvimento e valorização do conhecimento.

Aos componentes da banca: Professora Doutora Andréia Rodrigues Moura da Costa Valle, Professor Doutor Eucário leite Monteiro Alves e Professor Doutor Gerardo Vasconcelos

Mesquita; um agradecimento sincero aos mestres que, muito mais que mestres, foram nossos amigos, meu respeito e afeto, pelas valiosas contribuições ao trabalho.

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Piauí (FAPEPI), por colaborar para o meu crescimento enquanto pesquisador e engrandecimento dessa pesquisa.

À minha amiga Tuany França, pela paciência e incentivo, e por estar sempre presente nos momentos mais difíceis dessa caminhada.

Ao meu amigo Handerson Lima, pela parceira, amizade sincera, pela força e por sempre me apoiar em todos os momentos da minha vida.

A os meus amigos, Carlos Henrique, Danielly Zilma, Lorena Karen, Anaíta Rocha, Karen Formiga e Afonso Ferro. Que esse caminho percorrido por todos seja guardado com carinho na memória, nossas lutas com vitórias e derrotas, alegrias e tristezas. Não é fácil ficarmos anos juntos e depois cada um seguir seu caminho, mas desejo que todos sigam a profissão com dignidade e sabedoria e não deixem que tudo que passamos tenha sido em vão, e, longe ou lado a lado, que as desavenças sejam esquecidas e só restem as boaslembanças.

Ao meu amigo José Pessoa Leal (Dr. Pessoa), por acreditar em mim e por se fazer presente sempre, principalmente nos momentos de maior dificuldade, serei eternamente grato por tudo.

Vocês, queridos funcionários, em especial a Gelsemânia e Jaqueline, que compartilharam cada etapa da nossa formação, que se fizeram especiais, acolhendo-nos sempre com um sorriso transparente o excelente trabalho de vocês completou os nossos dias idos e vividos, e em nossa mente vocês nunca serão esquecidas.

A todos aqueles que direto ou indiretamente cooperaram para o bom andamento do mestrado, principalmente aqueles que foram capazes de um gesto de compreensão e de bondade, marcando de uma forma particular meu espírito.

“A mente que se abre a uma nova ideia
jamais voltará ao seu tamanho original”
(Albert Einstein)

RESUMO

O envelhecimento é um fenômeno natural que causa consequentes alterações no organismo e se manifestam de forma variável e individual. Devido a isso os profissionais da atenção básica de saúde buscam nas suas ações uma atenção integral à saúde do idoso baseada nas práticas educativas e na prevenção de agravos. Esse estudo teve como objetivo primário: analisar as ações educativas realizadas pelos profissionais da atenção básica no cuidado com a pessoa idosa. Os objetivos secundários foram: Caracterizar a população estudada segundo os dados sócio econômicos; Apontar os principais métodos e técnicas de educação em saúde utilizados pelos profissionais; Verificar se existe orientação profissional junto aos cuidadores e familiares; Verificar se existe uma interação entre os dois eixos de atuação na atenção básica. Conhecer as principais dificuldades encontradas por esses profissionais para a realização das ações e por fim elaborar um vídeo educativo de orientações sobre técnicas de educação em saúde para a pessoa idosa. Trata-se de uma pesquisa descritiva e exploratória, com abordagem qualitativa, realizada com os profissionais da atenção básica de saúde de um município do Piauí. Para a coleta dos dados realizou-se uma entrevista com questionário semi-estruturado com roteiro temático. Para a análise dos dados foi utilizada a técnica de análise de conteúdo do tipo temática proposta por Bardin. Após a análise das falas dos entrevistados surgiram cinco categorias temáticas: Conhecimento profissional quanto à utilização dos métodos e técnicas de educação em saúde e sua abordagem focada na pessoa idosa. Dificuldades encontradas na promoção das ações educativas voltadas para os idosos. Interação entre profissionais e equipes nas práticas educativas direcionadas ao idoso. A necessidade de capacitação profissional para o desenvolvimento das práticas educativas em saúde. O trabalho educativo proposto aos cuidadores e familiares de idosos. Deste modo, revela-se a necessidade de uma formação baseada numa aprendizagem dinâmica e contínua na possibilidade de melhorar o conhecimento profissional para uma melhor promoção de práticas educativas voltadas para o bem estar da pessoa idosa.

Palavras-chave: Educação em saúde. Atenção primária a saúde. Idoso.

ABSTRACT

Aging is a natural phenomenon that causes consequential changes in the body and manifest variable and individually. Because of this the professionals of basic health care in their actions seek a comprehensive health care for the elderly based on educational practices and disease prevention. This study had the primary objective: to analyze the educational activities carried out by primary care professionals in the care of the elderly. Secondary objectives were to characterize the study population according to socio-economic data; Point out the main methods and health education techniques used by professionals; Check for professional guidance from caregivers and family; Determining the approach that is used in this process. Check if there is an interaction between the two main areas of activity in primary care. Knowing the main difficulties encountered by these professionals to perform the actions and finally develop an educational video guidance on health education techniques for the elderly. This is a descriptive and exploratory research with a qualitative approach, carried out with the professionals of primary health care in a city of Piau. To collect the data held an interview with semi-structured questionnaire with thematic guide. For data analysis was used the content analysis technique proposed by Bardin thematic type. After analyzing the replies of the respondents came five thematic categories: professional knowledge on the use of methods and health education techniques and their approach focused on the elderly. Difficulties encountered in the promotion of educational actions for the elderly was the second category. The third category was the interaction between professionals and staff in educational practices aimed at the elderly The fourth was the need for professional training for the development of educational practices in health. The fifth and last was the educational work offered to caregivers and family members of the elderly. Thus it is revealed the need for training based on a dynamic and continuous learning in the possibility of improving professional knowledge to better promote practices geared towards the welfare of the elderly.

Keywords: health education. primary health care. old man.

RESUMEN

El envejecimiento es un fenómeno natural que causa cambios consecuentes en el cuerpo y la variable de manifiesto y de forma individual. Debido a esto los profesionales de la atención básica de la salud en sus acciones buscan una atención integral de salud para las personas mayores sobre la base de las prácticas educativas y la prevención de enfermedades. Este estudio tuvo como objetivo principal: analizar las actividades educativas llevadas a cabo por los profesionales de atención primaria en el cuidado de los ancianos. Los objetivos secundarios fueron caracterizar la población de estudio de acuerdo a los datos socio-económico; Señalar los principales métodos y técnicas de educación de salud utilizados por los profesionales; Consultar la orientación profesional de los cuidadores y familiares; La determinación de la aproximación que se utiliza en este proceso. Compruebe si hay una interacción entre las dos áreas principales de actividad en atención primaria. Conocer las principales dificultades encontradas por estos profesionales para llevar a cabo las acciones y, finalmente, desarrollar una guía de vídeo educativo sobre técnicas de educación sanitaria para los ancianos. Se trata de una investigación descriptiva y exploratoria de carácter cualitativo, realizada con los profesionales de la atención primaria de salud en una ciudad de Piauí. Para recoger los datos en poder de una entrevista con cuestionario semi-estructurado con guía temática. Para el análisis de datos se utilizó la técnica de análisis de contenido propuesto por Bardin tipo de temática. Después de analizar las respuestas de los encuestados llegaron cinco categorías temáticas: conocimiento profesional sobre el uso de métodos y técnicas de educación para la salud y su enfoque centrado en las personas mayores. Dificultades encontradas en la promoción de acciones educativas para las personas de edad fue la segunda categoría. La tercera categoría es la interacción entre los profesionales y el personal en las prácticas educativas dirigidas a las personas mayores. La cuarta fue la necesidad de la formación profesional para el desarrollo de prácticas educativas en salud. La quinta y última fue la labor educativa que ofrece a los cuidadores y miembros de la familia de edad avanzada. Así se revela la necesidad de una formación basada en un aprendizaje dinámico y continuo en la posibilidad de mejorar el conocimiento profesional para promover mejor las prácticas orientadas al bienestar de las personas mayores.

Palabras – clave: Educación para la salud. Atención primaria de salud. Anciano

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	11
1.1	Objetivos.....	12
1.1.1	Objetivo Geral.....	12
1.1.2	Objetivos Específicos.....	13
2	REFERENCIAL TEÓRICO.....	14
2.1	O processo de envelhecimento e sua relação quanto à dependência.....	14
2.2	Sistema Único de Saúde (SUS) e a política de saúde da pessoa idosa	17
2.3	Estratégia de Saúde da Família e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família: dificuldades e desafios da atenção básica.....	18
2.4	Atribuições multiprofissionais na atenção básica e o cuidado com a pessoa idosa.....	21
2.5	Processo de cuidar e a educação em saúde para o idoso.....	24
3	METODOLOGIA.....	27
3.1	Tipo de pesquisa.....	27
3.2	Cenário do Estudo.....	27
3.3	Participantes do Estudo.....	28
3.4	Técnica e instrumento de produção de dados.....	28
3.5	Análise dos dados.....	29
3.6	Aspectos Éticos e Legais.....	30
4	RESULTADOS.....	32
4.1	Manuscrito1: Análise das ações educativas realizadas por profissionais da atenção básica no cuidado com a pessoa idosa.....	32
4.2	Produto: Vídeo Educativo.....	56
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	57
	REFERÊNCIAS	58
	APÊNDICES.....	62
	ANEXOS.....	71

1. INTRODUÇÃO

O envelhecimento, antes considerado um fenômeno, hoje, faz parte da realidade da maioria das sociedades. Estima-se que para o ano de 2050 existirão cerca de dois bilhões de pessoas com sessenta anos ou mais, onde em sua maioria viverão em países emergentes (BRASIL, 2006).

Esse fenômeno por ser definido como um processo consequente de alterações no organismo que se manifesta de forma variável e individual. Pode também se referir a um fenômeno fisiológico, de comportamento social, ou ainda cronológico, isto é, a velhice surge com a progressão do tempo, da idade adulta até o fim da vida (CASTRO et al., 2011).

No Brasil, nas últimas décadas, iniciou-se um processo de inversão na característica populacional, tendo havido um decréscimo nas taxas de natalidade e mortalidade, o que ocasionou o aumento da população da faixa etária de 60 anos ou mais. Esse processo vem ocorrendo devido à diminuição relativa do contingente populacional nas faixas etárias mais jovens de zero a 14 anos, à ampliação da população na faixa etária de 15 a 59 anos e ao acréscimo na faixa de 60 anos ou mais (MEIRELES et al., 2007).

Com o envelhecimento populacional, tem-se um aumento da prevalência de doenças crônicas e incapacitantes e uma mudança de paradigma na saúde pública. Esse fato não traz consequências apenas para o idoso, mas para toda a dinâmica familiar, na qual os membros da família e toda a rede de atenção à saúde são de alguma forma levados a participar do cuidado com esse indivíduo (TAVARES, et al 2012).

Devido à relevância desse problema, a Organização Mundial da Saúde criou o Relatório Mundial de Cuidados Inovadores para Condições Crônicas. Segundo esse relatório o tratamento não se baseia apenas na etiologia da doença, mas nas exigências que ela impõe ao sistema. Assenta ainda que para o alcance de resultados satisfatórios, os pacientes, o grupo de apoio da comunidade e a equipe de atenção à saúde devem ser mantidos informados, motivados e capacitados a trabalharem em parceria, ou seja, a atenção deve ser integrada voltada para a prevenção e a promoção de saúde envolvendo toda a comunidade nesse processo (OMS, 2003).

Nos últimos anos, a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) enquanto política pública nacional, tem-se destacado como programas de reorganização e suporte da atenção básica, na lógica da vigilância à saúde, representando uma concepção de ações centradas na promoção da qualidade de vida e na prevenção de agravos à saúde. Nesse aspecto surge a necessidade de se trabalhar a educação em saúde como uma forma

de inovação das técnicas no atendimento multiprofissional para com a população que assim necessita (KANNO; BELLODI; TESS, 2012).

O trabalho realizado pela atenção primária em saúde permite o conhecimento da realidade social realizando cobertura sobre as condições: socioeconômica, alimentar, psicológica, sanitária, de reabilitação dentre outras, facilitando a atuação dos demais setores de assistencialismo social nos determinantes do processo saúde-doença. Assim as práticas educativas em saúde podem ser realizadas de forma concreta e segura focada nas demandas individuais e coletivas de acordo com cada realidade loco-regional (MIRANZI et al., 2008).

Os profissionais que fazem parte desta estratégia têm grandes responsabilidades sobre a saúde da sua comunidade, principalmente sobre o processo de cuidar daqueles que mais necessitam dessa atenção. Nessa realidade se destaca a população idosa, a qual está mais suscetível a todos os tipos de agravos à saúde principalmente para as doenças crônico-degenerativas (PEDUZZI et al., 2009).

Embora as características dos profissionais da ESF e do NASF sejam diversificadas de acordo com cada realidade, é importante que os mesmos possuam objetivos em comum nesse processo de cuidado e de promoção da saúde, por meio da educação desses pacientes para com seus hábitos de vida (MORETTI-PIRES, 2009).

O público atendido pela Atenção Básica (AB) também deve ser responsável pelo seu próprio cuidado e pela melhora da sua saúde por meio da realização de práticas e ações voltadas para o bem estar global e manutenção da qualidade de vida. Atividades estas que podem ser facilmente introduzidas no cotidiano da população por meio dos ensinamentos e da intervenção dos profissionais da saúde capacitados para esta promoção (PROCHET et al., 2012).

Dessa forma o presente trabalho se justifica pela necessidade de estudos mais aprofundados sobre as práticas multiprofissionais de educação em saúde para pessoas idosas dentro da atenção básica, visando identificar quais são as características e as necessidades em comum desses profissionais, para que assim se possa traçar o direcionamento mais adequado, além dos métodos necessários para o melhor cuidado da saúde desses idosos, contemplando de forma geral às suas necessidades, como também a atuação da família no cuidado com seu dependente.

1.1 Objetivos

1.1.1 Geral

Analisar as ações educativas realizadas pelos profissionais da atenção básica no cuidado com a pessoa idosa.

1.1.2 Específicos

- Identificar o perfil socioeconômico dos profissionais da Atenção Básica.
- Relatar os principais métodos e técnicas de educação em saúde que são utilizados por esses profissionais durante atendimento à pessoa idosa.
- Verificar a presença de ações educativas com cuidadores e familiares de idosos no trabalho dos profissionais.
- Identificar se existe uma interação entre ESF e NASF no processo de educação em saúde para idosos.
- Identificar as principais dificuldades encontradas por esses profissionais para a realização das ações educativas em saúde para idosos.
- Elaborar como produto um vídeo educativo que venha trazer informações sobre os cuidados com a saúde, além de métodos e técnicas educativas de promoção da mesma para esse grupo populacional.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 O processo de envelhecimento e sua relação quanto à dependência

A sociedade contemporânea é hoje, bastante constituída por homens e mulheres com idade igual ou superior a 65 anos, essa parcela populacional vem a ser um grupo que necessita de uma atenção especial e prioritária. Assim é necessário também, a mudança de valores e conceitos globais que colocam o idoso como um ser puramente frágil e indefeso, mais entender que esses, são indivíduos que necessitam apenas de um acompanhamento biopsicossocial focado na independência (ARAÚJO; PAUL; MARTINS, 2010).

Deste modo, a realidade mais relevante nas sociedades desenvolvidas e em desenvolvimento como o Brasil é o envelhecimento demográfico, que se apresenta com diversos desafios, devido às implicações diretas na esfera social e econômica, sendo espontaneamente refletida na família, na sociedade e no sistema de saúde, além das alterações que se refletem a nível individual (UESUGUI; FAGUNDES; PINHO, 2011).

A proporção da população mundial com 60 anos, ou mais, registra uma tendência crescente, porem esse crescimento não é homogêneo em todas as sociedades, esse aumento é destacado nos países desenvolvidos e em desenvolvimento, onde o ritmo de crescimento da população de idosos é quatro vezes superior ao da população jovem, o que contribui para o desenvolvimento de comunidades mais envelhecidas (ARAÚJO; PAUL; MARTINS, 2010).

O processo de envelhecimento varia de indivíduo para indivíduo, isso significa que as alterações causadas por ele, desenvolvem-se a um ritmo diferente para cada pessoa e dependem de fatores externos ou ambientais e de fatores pessoais (ANDRADE, 2009).

Com o aumento da longevidade, os muitos idosos têm maior probabilidade de deterioração de alguns sistemas funcionais e estruturais do organismo, levando-os a situações de dependência física, social e ou psíquica. O termo “dependência”, na prática geriátrica, liga-se a “fragilidade” vista como uma vulnerabilidade que a pessoa apresenta face aos desafios próprios do contexto onde está inserida. É um estado no qual se encontram as pessoas que, por razões ligadas à falta ou perda dessa autonomia, e assim necessita de assistência e ou ajuda de outra pessoa (ARAÚJO; PAUL; MARTINS, 2010).

A sustentabilidade do idoso dependente em contexto familiar é assegurada pela rede social e pelo apoio social, que se interligam e cooperam no trabalho de parceria. Mesmo apresentando uma capacidade de se adaptar a novas condições de vida, o ser humano, e mais especificamente a pessoa idosa, diante da ocorrência de perdas que resultam em dependência e

de declínios funcionais, acabam por se isolar e perdem completamente a capacidade de participar e de se expressar frente aos problemas do cotidiano. Esses fatos podem determinar uma prática de cuidado calcada no “fazer por”, retirando dos idosos o direito de exercer sua autonomia, tornando-os, a cada dia, mais dependentes (UESUGUI; FAGUNDES; PINHO, 2011).

Em nossa sociedade a percepção da velhice sempre foi fortemente associada à figura da pessoa decadente e dependente, que vive à margem em asilos, hospitais e outras instituições afins. No entanto, essa ideia tem sido reformulada, pois a terceira idade passou a ser vista atualmente como um período de reorganização e preparação pessoal para o enfrentamento de possíveis problemas que possam surgir além da preocupação pessoal integral com si mesmo (PROCHET et al., 2012).

Outro fator que está bastante presente nos dias atuais além do aumento da expectativa de vida é a autonomia cada vez maior dos idosos quanto às realizações das atividades de vida diária e também suas ações frente às necessidades e dificuldades cada vez mais impostas pelo ambiente social em que se vive. Assim a autonomia pode ser definida por autogoverno, que se expressa na liberdade da pessoa agir e para tomar decisões. Podemos dizer ainda de uma forma mais aprofundada que a autonomia é a capacidade e/ou o direito de uma pessoa escolher por si mesma a orientação dos seus atos as regras da sua conduta, e os riscos que se encontra disposta a assumir (ANDRADE, 2009).

Com isso podemos afirmar que a dependência é a incapacidade de a pessoa funcionar satisfatoriamente sem a ajuda de semelhante ou de equipamentos que lhe permitam adaptar-se. Em outras palavras que é a necessidade de assistência nas atividades quotidianas, de apoio aos papéis de sobrevivência como: lavar-se, vestir-se, alimentar-se, etc. Por outro lado a independência, embora quotidianamente seja utilizada como sinônimo de autonomia refere-se à capacidade da pessoa realizar as atividades de vida diária sem ajuda. Entretanto embora exista uma relação inquestionável entre poder escolher e poder fazer é necessário observar que, mesmo fisicamente e funcionalmente impedidas, algumas pessoas conseguem exercer as suas capacidades de escolha e de controle sobre parte do seu ambiente (ARAÚJO; PAUL; MARTINS, 2010).

A situação em que se encontra grande parte das pessoas idosas na realidade brasileira atual leva a reflexão sobre a necessidade de estratégias que busquem melhorar a qualidade de vida dessa parcela da população. Por isso a Estratégia Saúde da Família busca cada vez mais implantar formas de implementar as mudanças no comportamento de toda a população através do trabalho de educação em saúde (PROCHET et al., 2012).

Cada vez mais é crescente o número de idosos que precisam de um cuidado especial sendo estes dependentes ou não, é de suma importância a participação familiar no processo de envelhecimento dos indivíduos pois estes devem ter um apoio global de toda a família, da sociedade e também das equipes multiprofissionais de saúde e assistência social da sua região (ANDRADE, 2009).

Dentro desse conjunto de fatores destacamos também a necessidade do aumento da variedade de estratégias que venham a minimizar os agravos trazidos pela chegada da terceira idade, em particular, as doenças crônicas, que têm um efeito direto na capacidade dos indivíduos dificultando, por exemplo, a realização das atividades de vida diária (HAUSMANN; PEDUZZI, 2009).

O sofrimento e a incapacidade causados por estas patologias obrigam-nos a redefinir novas formas de se pensar em saúde assim a partir da avaliação das limitações funcionais, incapacidades temporárias e permanentes das pessoas idosas, a Estratégia Saúde da Família através dos profissionais assim preparados devem formular e implementar métodos e técnicas que mudem esse parâmetro (PROCHET et al., 2012).

Estudos epidemiológicos realizados em vários países mostram que dentre os principais métodos utilizados para a redução das taxas de mortalidade e do aparecimento de doenças, se destacam as políticas de prevenção, onde as mesmas são voltas para toda a população especialmente aos grupos mais vulneráveis. Tudo isso realizado através da união de todos os setores públicos e privados na busca de melhores condições de vida da população (FARIA, 2010).

Neste sentido, admite-se que o processo de envelhecimento varia de acordo com a realidade de cada indivíduo, e a capacidade funcional do idoso é melhor indicador de saúde que o profissional pode observar antes de adentrar com técnicas e os métodos de promoção de saúde. A perda de função nas pessoas idosas pode levar a manifestação de doenças, levando assim a um novo modelo de formulação de ações do profissional para com esse idoso. Tendo cada profissional à autonomia de trabalhar a saúde deste indivíduo de acordo com sua necessidade após uma avaliação e sempre associar seu plano de ação com o manejo dos demais componentes da equipe multiprofissional (ARAÚJO; PAUL; MARTINS, 2010).

Por fim, envelhecer nos dias de hoje não representa somente diminuir a capacidade funcional e adquirir problemas de saúde. É também buscar alternativas de melhoria na qualidade de vida e mudanças nas atividades sociais com a inclusão de uma rotina saudável e bons hábitos para a manutenção da saúde (ANDRADE, 2009).

2.2 Sistema Único de Saúde (SUS) e a política de saúde da pessoa idosa

Durante o processo histórico e evolutivo do Brasil, podemos considerar a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) o maior movimento de inclusão social já visto no país, pois este representou, em termos constitucionais, uma afirmação política de compromisso do estado brasileiro para com os direitos dos seus cidadãos (SOUZA; COSTA, 2010).

Apesar de o SUS ter sua origem na Constituição Federal de 1988, foi gradativamente construído em um processo que perpassou vários governos. A criação da lei 8080/90 que é considerada como um dos principais eventos desse processo regulamentou o campo e atuação do SUS, sua organização e o funcionamento dos serviços de promoção da saúde. Em seguida também foi criada a lei 8142/90 que dispõe sobre a participação dos conselhos e conferências de saúde dos vários níveis de governo (MORAIS; COSTA; GOMES, 2014).

Tais eventos consagraram a saúde como “dever do estado”, as novas políticas sociais garantiam o acesso à saúde um direito que contemplava a todos. Nesse aspecto foram introduzidos diferentes mecanismos como ações, estratégias sociais e econômicas que visavam à redução do risco de doença e de outros agravos à saúde possibilitando o acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação”. Na prática essa definição adquire uma versão concreta e formal chamada SUS. Sendo esta uma rede regionalizada, hierarquizada e organizada constituindo um sistema único de acordo com as diretrizes: descentralização, atendimento integral e participação da comunidade (VIEGAS; PENNA, 2012).

As propostas legislativas apresentadas pelo Sistema Único de Saúde são completas e destinadas a abranger todo o sistema de saúde nacional. Porém, o Brasil por ser um país com dimensões territoriais continentais enfrenta uma série de desafios econômicos, sociais e políticos, com inúmeras desigualdades assim sua efetivação torna-se de difícil realização sendo necessária uma integração entre o setor saúde com os diversos outros para se alcançar o estado de saúde de fato e de direito (MORETTI-PIRES, 2009).

Apesar dos avanços já alcançados pelo Sistema Único de Saúde existem ainda muitos desafios a serem enfrentados. Dessa forma a grande oferta de projetos e programas dentro desse sistema foi uma estratégia de melhorar a assistência em saúde no Brasil onde vários grupos populacionais foram contemplados como exemplo a população idosa que tanto necessita de cuidados especiais. Estes programas muito somaram no avanço e na qualidade do serviço todos os setores populacionais especialmente à terceira idade. No que se refere às políticas governamentais foi observado que os resultados ao longo dos anos têm se apresentado exitosos

para a maioria dos indicadores de saúde da população brasileira. Mérito este dado principalmente a Estratégia Saúde da Família, que foi a grande responsável pelas significativas mudanças no paradigma da saúde no Brasil (SOUZA; COSTA., 2010).

Por se tratar de uma assistência plena e integral para com seus usuários e principalmente à população idosa, o SUS vive no seu dia a dia uma série de dificuldades, que somada aos fatores locais regionais e a fragmentação das políticas e programas de saúde, além da má qualificação da gestão, gera um descontrole social. A desorganização dessa rede de ações e serviços têm se constituído como um desafio permanente na consolidação desse Sistema Único de Saúde (VIEGAS; PENNA, 2012).

Por fim, podemos entender, o SUS como uma política viva que se encontra em pleno curso de mudança e construção voltadas para a efetivação da saúde populacional principalmente para a população idosa e é através dos princípios da integralidade, universalidade, e equidade, que o enfrentamento dos muitos desafios vivenciados ao longo de 20 anos de trajetória trouxe muitas conquistas (DE ARAÚJO SOUZA; DO CÉU CLARA COSTA, 2010).

2.3 Estratégia Saúde da Família e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família: dificuldades e desafios da atenção básica

A Estratégia Saúde da Família (ESF) como reestruturante da Atenção Básica representa uma nova perspectiva na política pública de saúde brasileira, que vai além da reabilitação ou recuperação do indivíduo. Nela, o sujeito é compreendido de forma global como componente atuante no ambiente social, considerando-se as repercussões deste ambiente e reconhecendo esse indivíduo como integrante fundamental no processo de saúde (BARATIERI; MARCON, 2010).

Sua proposta de completo zelo à saúde populacional e familiar envolve o estar geograficamente próximo às comunidades. A criação de um elo contínuo entre usuários e as equipes de saúde trás grandes avanços para um melhor cuidado e controle dos agravos que esse grupo populacional possa sofrer quanto ao seu bem estar (KANNO; BELLODI; TESS, 2012).

A ESF teve início na década de 90, sendo inspirado em experiências de outros países (Cuba, Inglaterra e Canadá), nos quais houve interessante melhora na qualidade da saúde pública, com mais investimentos na promoção da saúde. Sua implantação foi precedida, em 1991, pelo Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e, a partir de 1994, começaram a ser formadas as primeiras equipes do PSF (Programa de Saúde da Família), incorporando e ampliando a atuação dos agentes comunitários de saúde. Hoje esse programa

deixou de ser meramente um plano de metas e passou a ser algo mais concreto e permanente passando a se chamar Estratégia Saúde da Família. (OGATA, 2009).

O planejamento em saúde baseado nas realidades locais é uma das formas de controle da ESF que busca garantir o mínimo de agravos à independência da população de forma a se aproximar do ideal de equidade. Assim há uma tendência em buscar uma melhora progressiva nos indicadores de saúde da comunidade e também minimizar as desigualdades, as quais geram as maiores barreiras a serem enfrentadas para se garantir esses avanços (LACERDA; GOMES, 2010).

Tendo o seu foco no núcleo familiar, a estratégia busca capacitar seus profissionais para o conhecimento da realidade local bem como seu envolvimento e interação com a comunidade, sendo essencial uma boa relação entre os diversos profissionais para o melhor desenvolvimento de suas ações preventivas e curativas, atendendo as reais necessidades da comunidade assistida (CARVALHO et al., 2013).

Nesse contexto, a atenção das equipes multiprofissionais é voltada principalmente para crianças, jovens, adultos e idosos que vivem em cenários onde coexistem questões médico-sociais, tais como o uso abusivo de álcool e drogas, o sofrimento psicológico e mental, violência contra a mulher, desvalorização social da velhice entre outras (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010).

No entanto, em vários municípios brasileiros a ESF não funciona de forma integral e equitativa. Isso ocorre por diversos motivos como: a precarização do trabalho ou ainda, a ineficiente administração de gestores que induzem à realização de práticas meramente curativas, buscando apenas um maior número de atendimentos sem se preocuparem com a qualidade e as reais necessidades daqueles usuários. A contratação de profissionais sem perfil para esse nível de atenção também é vista apenas como interesse da política local, tendo o propósito apenas de se beneficiar nas campanhas eleitorais (VIEGAS; PENNA, 2012).

Diante das dificuldades e da real complexidade dos problemas que envolvem todo o sistema local, os profissionais da ESF podem sofrer psicologicamente, com danos tanto ao seu bem-estar emocional quanto no atendimento às comunidades. O estresse ou desgaste ocupacional trazem prejuízos nas relações pessoais e diminuição da realização profissional. Esse fator tem contribuído para uma grande alternância dos profissionais da ESF, dificultando a organização de serviços no âmbito da atenção básica e também impedindo a total consolidação dessa estratégia no Brasil (KANNO; BELLODI; TESS, 2012).

Outro grande desafio enfrentado pela Estratégia Saúde da Família está na formação acadêmica dos profissionais responsáveis por desenvolver o trabalho na atenção primária.

Embora as disciplinas de saúde pública e saúde coletiva sejam bastante contempladas nas instituições de ensino superior do Brasil, ainda falta uma interação entre esse conhecimento e as diversas realidades loco-regionais do país (COMPETENCES, 2010).

Associado a isto é percebido também uma pouca interação entre os diferentes profissionais da ESF, onde cada um tende a realizar seu trabalho de forma mais individual sem levar em conta a necessidade do trabalho em equipe. Outras dificuldades também são observadas como: restrição de tempo falta de conforto com os temas e situações enfrentadas, receio de envolvimento excessivo com os usuários e sensação de impotência diante de algumas das dificuldades vivenciadas no ambiente de trabalho (CARVALHO et al., 2013).

Dessa forma, para que a assistência básica em saúde seja posta em prática, é necessário à busca de novas maneiras para a execução das ações de saúde e a integração da equipe multiprofissional, o médico, o enfermeiro, o técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACSs), além dos odontólogos e dos profissionais da rede de apoio como o fisioterapeuta o psicólogo, assistente social entre outros. (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010).

Estes profissionais devem atuar em conjunto, visando à garantia do prosseguimento da assistência, por meio de um fluxo contínuo setorial, sendo de extrema relevância a integralidade desse cuidado e a criação de vínculos de responsabilidade e compromisso compartilhados entre o serviço de saúde e a população (PROCHET et al., 2012).

Como o mesmo propósito, o Ministério da Saúde criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), por meio da Portaria GM n.154, de 24 de janeiro de 2008, com o objetivo de apoiar as equipes da ESF na efetivação da rede de serviços e ampliar a abrangência e o escopo das ações da Atenção Básica, bem como sua resolubilidade. A proposta do NASF tem na clínica ampliada o conceito norteador das ações, não para reduzir os usuários a um recorte diagnóstico ou por áreas profissionais, mas como uma ferramenta para diversificar o processo de trabalho (OLIVEIRA; SOUSA, 2013).

O NASF como equipe de apoio é composta por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, como fonoaudiólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, nutricionistas, psicólogos, assistentes sociais, educadores físicos, farmacêuticos, médicos acupunturistas e homeopatas, dentre outros, busca qualificar e complementar o trabalho das equipes de Saúde da Família, atuando de forma compartilhada para superar a lógica fragmentada ainda hegemônica no cuidado à saúde, visando à construção de redes de atenção e cuidado, e colaborando para que se alcance a plena integralidade do cuidado físico e mental aos usuários do SUS (LANCMAN; BARROS, 2011).

Quanto às dificuldades que estão sendo identificadas no processo de trabalho da ESF e do NASF está à formação dos profissionais que não atendem às necessidades do SUS, muito menos da Atenção Básica e quando focadas na atenção especial junto ao público idoso, esse conhecimento é ainda mais reduzido. Por haver uma iniciativa crescente de educação sem atuação paralela com a parte prática que não contempla questões tão singulares como vínculo, acolhimento, escuta na saúde em geral e principalmente na atenção à pessoa idosa essa formação deve ser reorganizada e colocada em prática junto aos profissionais de saúde do Brasil(ONOCKO-CAMPOS et al., 2012).

Assim o papel da ESF e do NASF é reafirmado na Política Nacional da Atenção Básica (A.B), que define como prioridades a consolidação e qualificação dos serviços básicos de saúde, tornando essa atenção um centro ordenador das redes de cuidado à saúde no SUS (CARVALHO et al., 2013).

2.4 Atribuições multiprofissionais na Atenção Básica e o cuidado com a pessoa Idosa

As equipes de atenção básica nos municípios podem ser compostas pela ESF (Estratégia Saúde da Família), NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família) e CAPS (Centro de Apoio Psicossocial). Os profissionais que fazem parte desses programas são responsáveis pelo acolhimento no primeiro nível de atenção à saúde sendo considerada a porta de entrada do SUS. Possuem como eixo de atuação, áreas estratégicas, que incluem a eliminação da hanseníase, o controle da tuberculose, da hipertensão arterial e do diabetes mellitus, a saúde bucal, a eliminação da desnutrição infantil, saúde mental, saúde da criança, do adolescente, da mulher, do homem e do idoso(LANCMAN; BARROS, 2011).

Dentre os profissionais que atuam de forma direta na atenção básica se destacam: O enfermeiro, técnico de enfermagem, médico, odontólogo, técnico de saúde bucal e agentes comunitários de saúde. Essa equipe de profissionais compõe a ESF e são responsáveis pelo acolhimento e acompanhamento direto das famílias. O NASF que pode ter número variável de profissionais dependendo da sua modalidade e do tamanho da população do município é composto pelos profissionais: médico acupunturista; assistente social; profissional/professor de educação física; farmacêutico; fisioterapeuta; fonoaudiólogo; médico ginecologista/obstetra; médico homeopata; nutricionista; médico pediatra; psicólogo; médico psiquiatra; terapeuta ocupacional; médico geriatra; médico internista (clínica médica), médico do trabalho, médico veterinário, profissional com formação em arte e educação (arte educador) são responsáveis pelo auxílio às equipes da ESF(ONOCKO-CAMPOS et al., 2012).

O Centro de atenção Psicossocial (CAPS) por sua vez é composto pelo Médico Psiquiatra, Psicólogo, Assistente Social e Terapeuta Ocupacional e também é dividido em modalidades de acordo com o tamanho da população e necessidades específicas de cada município (OGATA, 2009).

Individualmente cada profissional possui autonomia para trabalhar com a saúde da população de acordo com sua formação e atribuições específicas de cada profissão. No entanto, esse trabalho deve ser realizado em conjunto e em concordância com as diretrizes e normas de cada local além de estar atendendo aos preceitos e normas impostas pela política nacional de saúde e do sistema único de saúde em todo o seu regulamento (LANCMAN; BARROS, 2011).

A construção do processo de trabalho entre equipes proporciona uma ampliação nas alternativas de controle dos agravos à saúde. Esta é uma técnica bastante utilizada na contenção dessa problemática, pois os projetos terapêuticos coletivos trazem uma nova proposta intervencionista e geram resultados bastante satisfatórios através do ganho de conhecimento e valores de um determinado grupo de pessoas em uma única ação desenvolvida (HAUSMANN; PEDUZZI, 2009).

O trabalho em equipe é sempre utilizado para se diminuir as responsabilidades individuais de cada profissional e criar novos percursos de encaminhamento e resolução dos problemas de ordem global. Ademais, busca-se a ampliação das atividades grupais na Atenção Básica, aumentando a capacidade de intervenção e resolubilidade, e o estímulo aos profissionais a trabalharem com outras racionalidades e visões de mundo, além das próprias de seu núcleo (FARIA, 2010).

Portanto a abordagem e a intervenção nos determinantes sociais da saúde feitas pelas equipes da atenção básica apesar de levarem em conta a delimitação das áreas de abrangência devem sempre favorecer à saúde das coletividades, facilitando a programação e a execução das ações sanitárias, que minimizem os problemas de saúde da população idosa (VIEGAS; PENNA, 2012).

As atribuições fundamentais dos profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF) e Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) são as seguintes: planejamento das ações para diagnosticar a realidade local, promoção e vigilância em saúde, intersetorialidade e a participação social, onde as pessoas são sujeitos e não apenas, pacientes executando um trabalho em equipe (LANCMAN; BARROS, 2011).

Quanto ao trabalho voltado à saúde da pessoa idosa, as equipes da Atenção Básica focalizam áreas estratégicas na sua atuação, que incluem o controle da tuberculose, eliminação

da hanseníase, do diabetes mellitus, da hipertensão arterial e a saúde bucal na terceira idade e atividades físicas (DE ARAÚJO SOUZA; DO CÉU CLARA COSTA, 2010).

Os dois eixos da atenção básica, ESF e o NASF devem identificar as principais necessidades dessa parcela populacional de idosos além de realizar o monitoramento das condições de vida e de saúde dos mesmos. Tendo em vista os problemas de saúde mais comuns que atingem essa população para que dessa forma haja os encaminhamentos possíveis aos demais profissionais e as orientações mais adequadas. Soma-se a isso o monitoramento e a reabilitação quando necessário, e o trabalho de educação em saúde para que seja garantida uma boa assistência a essa população mais vulnerável (CARVALHO; ASSUNÇÃO; BOCCHI, 2010).

A ESF preconiza a territorialização e a delimitação das áreas de abrangência das equipes, tendo em vista a identificação das necessidades e dos problemas de saúde da população, o monitoramento das condições de vida e de saúde das coletividades, facilitando a programação e a execução das ações sanitárias. Aborda também a intervenção nos determinantes sociais da saúde e nos condicionantes culturais, étnicos, comportamentais, entre outros, que influenciam as necessidades e os problemas de saúde (LANCMAN; BARROS, 2011).

O trabalho em equipe solicita que a formação inicial e a educação permanente dos profissionais da saúde favoreçam o desenvolvimento de habilidades e competências para realizar um diagnóstico situacional das condições de vida e de saúde dos grupos sociais de um dado território, assim como para planejar intervenções em saúde capazes de enfrentar os determinantes do processo saúde-doença, prestar assistência e desenvolver ações educativas estimulando o auto cuidado e emancipação (FERNANDES; BACKES, 2010).

Dentre as habilidades requeridas, é percebida a necessidade de uma determinada técnica específica para cada profissional, habilidade para abordar o paciente, acolher, ouvir, comunicar-se e trabalhar em equipe. Esta última é essencial para o desenvolvimento do trabalho da Atenção Básica, uma vez que é uma importante diretriz para reorganização do processo de trabalho (BRONDANI et al., 2014).

A articulação dos saberes por meio de uma interação comunicativa e horizontal é um requisito indispensável no cotidiano do trabalho em equipe, com vistas à interdisciplinaridade. Flexibilidade, pró-atividade, resiliência, respeito, vínculo comprometimento são atitudes fundamentais aos profissionais do NASF e ESF, face às dificuldades vivenciadas na implantação de um novo modelo de cuidado em saúde e de cuidado mais específico que é com os idosos (QUEIROZ, 2009).

2.5 Processo de cuidar e a educação em saúde para o idoso

Na área da saúde, é importante salientar, que todo profissional necessita ter como base de seu trabalho as relações humanas, sejam elas com o paciente, com sua família e com a equipe multidisciplinar (PROCHET et al., 2012).

Para que o cuidado seja concretizado de maneira eficiente, requisitos além das habilidades são necessários, como a intencionalidade, a vontade e o envolvimento, que é um ingrediente primordial para se promover a qualidade das interações pessoais e, conseqüentemente, obter melhores resultados no que se refere à recuperação da saúde (FARIA, 2010).

Apesar de alguns avanços, a formação dos profissionais de saúde ainda está muito distante do cuidado integral. O perfil dos profissionais de saúde demonstra qualificação insuficiente para as mudanças das práticas principalmente quando estão relacionadas com a saúde da pessoa idosa. Uma necessidade crescente de educação permanente para esses profissionais, com o objetivo de (re) significar seus perfis de atuação, para implantação e fortalecimento da atenção à saúde no SUS é um grande desafio (BARROS; BATISTA, 2011).

Apesar da realização de procedimentos técnicos pautados no saber científico, no dia-dia do trabalho em saúde podem ocorrer situações consideradas “não cuidadoras”. Dessa forma, entendemos que o cuidado envolve muito mais do que a realização de procedimentos, onde adotamos uma perspectiva ampliada de promover a defesa da vida e controlar os riscos de adoecer (FARIA, 2010).

No cuidado efetivo/afetivo, a relação não é sujeito-objeto, mas sujeito-sujeito, não é de pura intervenção, mas de interação com o outro não é de domínio sobre, mas de convivência. O cuidado em geral e na saúde do idoso é, portanto o fenômeno resultante do processo dinâmico de cuidar que requer capacidade de alterar o próprio comportamento perante as necessidades do outro. A presença de atitudes de coragem e perseverança, humildade e dinamismo são considerados qualidades essenciais para o cuidar/cuidado e devem sempre estar presentes nesse processo de atenção com o outro. Porém, também é fundamental nunca criar dependência no ser cuidado, pois o profissional ou cuidador tem o dever de possibilitar ao outro o conhecimento, para que ele possa utilizar suas próprias capacidades (PROCHET et al., 2012).

A dimensão afetivo-expressiva, portanto, é parte integrante da ação terapêutica do cuidado e pode ser explicitada pela relação de confiança, no trato com carinho, no ser gentil, no demonstrar compreensão, falar, dar força, escutar, tocar, conversar, olhar, interessar-se, aconselhar entre outros (BARROS; BATISTA, 2011).

Essas especificidades do trabalho em saúde se mostram no momento do encontro do profissional com o usuário. Esse momento é constituído por tecnologias leves que se manifestam quando há a interação entre os sujeitos. Essas tecnologias permitem produzir relações, construção, ou não, de acolhimentos, vínculos, responsabilizações, jogos transferências e construção de outros saberes(HAUSMANN; PEDUZZI, 2009).

Nessas condições há também outras formas de se trabalhar à educação em saúde para o público idoso a adoção de métodos e estratégias como a realização de palestras voltadas para as temáticas inerentes aos cuidados em saúde do idoso, orientações nos diversos níveis de cuidado tanto para os familiares quanto para o próprio ancião, também a distribuição de cartilhas informativas e folders para a divulgação dos melhores cuidados com a saúde além da promoção de rodas de conversa, atividades físicas monitoradas, grupos de convivência, espaços de lazer e visitas periódicas são algumas das formas de se promover a educação em saúde para essa parcela populacional. Daí a importância de valorizar, na relação com o idoso, a forma de interagir e comunicar-se, pois ele possui peculiaridades e sua necessidade de segurança afetiva é uma realidade que precisa ser enfrentada com habilidade(ANDRADE, 2009).

Nesse contexto, experimentação e invenção de práticas são necessárias, uma vez que a singularidade dos envolvidos deve ser levada em consideração nos atos executados no cotidiano dos serviços. Além disso, é de suma importância o questionamento ético a respeito dos efeitos dessas práticas. Dessa forma, compreendemos que o cuidar em saúde, pressupõe interação entre sujeitos e é dependente das potencialidades instituídas dos encontros realizados nos serviços de saúde(HAUSMANN; PEDUZZI, 2009).

Assim, frisamos que esse processo seja analisado sob a ótica de todos os membros que se fazem presente no cotidiano da população principalmente nos mais ligados com a população idosa, valorizando assim os instrumentos e estratégias metodológicas que incluem os trabalhadores da Atenção Básica para garantir um melhor cuidado na saúde dos idosos e de toda a população atendida (FARIA, 2010).

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde aparece dessa forma como uma proposta de ação estratégica para contribuir para a transformação e a qualificação das práticas de saúde, a organização das ações e dos serviços, dos processos formativos e das práticas pedagógicas na formação e no desenvolvimento dos trabalhadores de saúde. Implica em trabalho intersetorial capaz de articular o desenvolvimento individual e institucional, as ações e os serviços e a gestão local, a atenção à saúde e o controle social(BARROS; BATISTA, 2011). Entendemos que, para a execução do cuidado, é necessário incorporarmos os pressupostos teóricos advindos de novos paradigmas sociais de inclusão, além da educação

continuada para os profissionais de forma a favorecer as praticas e atividades de educação em saúde para que dessa forma possamos através da prevenção reduzir os danos e problemas comuns de saúde na nossa sociedade(FARIA, 2010).

Essa proposta de Educação Permanente em Saúde que vem sendo implantada no Brasil destaca a importância do potencial educativo do processo de trabalho para a sua transformação. Busca a melhoria da qualidade do cuidado, a capacidade de comunicação e o compromisso social entre os gestores e as equipes de saúde, as instituições formadoras e o controle dos fatores que favorecem ao surgimento de doenças nos idosos. Estimula ainda a produção de saberes a partir da valorização da experiência e da cultura do sujeito das práticas de trabalho em saúde numa dada situação e com postura crítica (FERNANDES; BACKES, 2010).

Assim através de ações pontuais e dinâmicas de educação continuada, e educação permanente em saúde, os profissionais podem garantir a população uma segurança maior na sua qualidade de vida e menores chances de adoecimento pautadas no cuidado da população idosa, mudanças de hábitos e conhecimento das condições que prejudicam a saúde (CARVALHO et al., 2013).

A valorização profissional associada à educação continuada pode e deve contemplar metodologias ativas de ensino-aprendizagem orientadas para mudanças nas práticas pedagógicas tradicionais, com o objetivo de transformar a prática de saúde nos serviços e dessa forma garantir para as pessoas principalmente aos idosos que eles possam ser os agentes principais do seu próprio cuidado (ANDRADE, 2009).

3. METODOLOGIA

3.1 Tipo de Pesquisa

Trata-se de uma pesquisa de campo descritiva, com abordagem qualitativa. A pesquisa de campo é utilizada com intuito de obtenção de informações e conhecimentos acerca de um problema, buscando respostas ou hipóteses para provar ou descobrir novos fenômenos ou relações sobre elas (LAKATOS; MARCONI, 2011).

Ainda segundo Lakatos & Marconi (2011), a pesquisa descritiva tem como principal a descrição das características, através da utilização de técnicas padronizadas de coletas de dados, como o questionário e a observação sistemática, destacando também as pesquisas que objetivam descrever características de grupos. Tendo por finalidades determinar a distribuição de doenças ou condições relacionadas à saúde, segundo o tempo, o lugar e/ou as características dos indivíduos.

A abordagem qualitativa propicia a compreensão das relações, das representações, da história e das opiniões, que resultam das interpretações dos humanos sobre suas vivências, atividades cotidianas, sentimentos e pensamentos. Ela atende as necessidades de aprofundamento nas percepções do entrevistado, suas emoções, motivações, dificuldades, pois a distinção do ser humano não se faz apenas pelo modo de agir, mas por pensar no que faz e nas consequências de suas decisões. Dessa forma, a pesquisa qualitativa é capaz de permitir uma maior interpretação das informações coletadas (MINAYO, 2012; GIL, 2010).

3.2 Cenário do Estudo

A pesquisa foi desenvolvida nas unidades de saúde da atenção básica Estratégia Saúde da Família e Núcleo de Apoio à Saúde da Família do município de Alto Longá situado no Estado do Piauí. O município possui área territorial de 1.738 km² e conta com uma população de 14.142 habitantes, possui 7 equipes de saúde da família, 5 equipes de saúde bucal e 1 equipe de Nasf modalidade 1 os quais são vinculados à secretaria municipal de saúde (CNES, 2014).

A ESF é composta por médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Além dos profissionais cirurgiões dentistas e seus técnicos em saúde bucal que compõem a estratégia de saúde bucal. Já o Nasf é composto por 2 fisioterapeutas, psicólogo, nutricionista e educador físico. Dessa forma, a aplicação dos questionários permitiu o conhecimento da realidade social sobre as condições em que se encontram esses profissionais,

o seu conhecimento na abordagem ao idoso seus limites e dificuldades durante as atividades educativas em saúde.

3.3 Participantes do Estudo

Para o estudo, foram coletados os dados de 19 profissionais de nível superior que compõem a Atenção Básica do município de Alto Longá – PI os quais se encontravam aptos a participarem dessa pesquisa.

Os critérios de inclusão para participação no estudo foram: profissionais com vínculo empregatício na ESF e NASF que possuam formação acadêmica de nível superior já tendo atuado na atenção básica por pelo menos 3 meses, estejam diretamente envolvidos com as ações da atenção básica no município e que tenham disponibilidade devendo os mesmos assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE E), que adota os preceitos éticos e legais da Resolução 466/12. A Estratégia saúde da Família no município possui sete equipes de saúde contendo cada equipe dois profissionais de nível superior sendo estes: um profissional médico e um enfermeiro e apenas cinco equipes de saúde bucal que apresentam um odontólogo cada. Enquanto que o NASF modalidade 1 possui cinco profissionais de nível superior: um educador físico, um psicólogo, um nutricionista e dois fisioterapeutas somando um total de 24 profissionais na atenção básica do município.

Como critérios de exclusão foram adotados: profissionais que exercem atividades voluntárias; estagiários; ou profissionais que estejam há menos de 3 meses vinculados a ESF e ao NASF da Atenção Básica. Apenas 19 profissionais se enquadraram nos requisitos básicos dos critérios de inclusão e somente estes participaram da pesquisa.

3.4 Técnica e instrumento de produção de dados

Com o propósito de alcançar os objetivos descritos, considerando a possibilidade de realizar uma investigação mais ampla e flexível, os dados foram coletados por meio de entrevista semi-estruturada (APÊNDICES A e B). A primeira parte da entrevista conteve um questionário com perguntas fechadas sobre os indicadores sócio-demográficos e a formação profissional (APÊNDICE A). Na segunda parte, a entrevista focou em um tema, com uma pergunta norteadora, que serviu como base, juntamente com um roteiro temático para coletar informações básicas que atingiram os objetivos pretendidos, que puderam ainda ser complementadas por outras questões que surgiram no momento da entrevista, emergindo de

forma mais livre e com respostas que não estão condicionadas a uma padronização de alternativas (MANZINI, 1991; 2003).

As entrevistas foram realizadas no turno manhã, por adequação ao horário de trabalho dos participantes. Foi utilizada a seguinte questão indutora para a realização da entrevista (APÊNDICE B): *Fale sobre a sua experiência (visão) sobre a educação em saúde para a pessoa idosa na atenção básica?* Ela foi auxiliada por um roteiro temático que contemplará as seguintes questões: Conhecimento sobre educação em saúde (definição, importância, tipos de ações utilizadas, eficácia das ações educativas público alvo); Ações propostas pela Atenção Básica para a educação em saúde; relação com os idosos atendidos; relação entre a equipe executora; manejo das ações educativas; periodicidade dessas ações; facilidades e dificuldades para a realização dos trabalhos educativos em saúde; sugestões de melhoria e expectativas futuras.

A pesquisa realizou-se em uma única etapa do estudo, com a aplicação da entrevista, no período de outubro a novembro de 2015, já estando autorizada pela Secretaria de Saúde do Município e após a apreciação do Comitê de Ética da UNINOVAFAPI aprovada sob o número CAAE: 49510015.7.0000.5210.

As entrevistas foram agendadas previamente e realizadas em um local reservado no próprio estabelecimento de saúde, conforme disponibilidade dos participantes. Por meio de consentimento, as entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra, preservando a fala dos participantes para o estudo posterior e análise dos dados colhidos, obedecendo a horários e limitações dos entrevistados. O recurso utilizado como suporte para a realização das entrevistas será um aparelho de celular com função MP4. O encerramento deu-se após a saturação dos depoimentos com a garantia do anonimato e foram identificados por meio de códigos como “depoente nº P...”

3.5 Análise dos Dados

Para a análise dos dados foi utilizada a técnica de análise de conteúdo do tipo temática proposta por Bardin. Essa análise faz alusão à contagem de um ou vários temas ou itens de significação, numa unidade de codificação antecipadamente determinada, ou seja, constitui em encontrar os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência signifique algo para o objeto analítico selecionado. As entrevistas foram recortadas em redor de cada tema-objeto, ou seja, tudo o que foi afirmado acerca de cada objeto preciso no decorrer da entrevista foi transcrito para uma ficha, seja qual for o momento em que

a afirmação tenha tido lugar (BARDIN, 2014).

3.6 Aspectos Éticos e Legais

A pesquisa foi iniciada após o recebimento da autorização institucional da Secretaria de Saúde do município e submissão e aprovação do Comitê de Ética do Centro Universitário – UNINOVAFAPI, com o parecer nº 1.265.827/2015, respeitando a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/ Ministério da Saúde.

Essa resolução aborda as diretrizes e normas de pesquisas envolvendo seres humanos incorporando, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, referenciais da bioética, tais como, autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, dentre outros, visando garantir os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado (BRASIL, 2012).

A pesquisa ofereceu riscos mínimos para os participantes, por se tratar de um estudo qualitativo, com utilização de informações adquiridas por meio de roteiro semiestruturado, podendo ocasionar desconforto para os participantes pela possibilidade de haver constrangimento relacionado às perguntas que serão realizadas durante a entrevista.

Na tentativa de minimizar esses riscos ou desconfortos, as entrevistas foram realizadas em local privativo para não haja exposição dos participantes. Além disso, serão esclarecidos os objetivos e os benefícios da pesquisa. O participante ficou à vontade para responder ou não às perguntas, terão seu anonimato e sigilo assegurado, e serão esclarecidos quanto ao direito de retirar o consentimento a qualquer tempo sem qualquer ônus.

Como benefício direto da pesquisa, possibilitaremos uma melhora da qualidade de assistência em saúde de idosos no município, através de práticas educativas mais focadas nos problemas que atingem a realidade local, além do desenvolvimento de um aplicativo de celular que conterá informações e métodos de educação em saúde para idosos, de maneira sucinta, permitindo um acesso simples e rápido das informações essenciais para conduta dos profissionais e da população que obtiver esse aplicativo (BRASIL, 2011a).

Outros benefícios, mesmo que não sejam imediatos, surgirão com a aquisição de conhecimentos relacionados aos alcances das práticas educativas no município, e as principais dificuldades da implementação dessas práticas. Como essas ações tem o intuito de proporcionar o auto cuidado e a prevenção de agravos à saúde, a aquisição de novos conhecimentos poderá aperfeiçoar e facilitar a utilização das ações educativas pelos profissionais, permitindo o alcance dos objetivos propostos.

As informações foram utilizadas apenas para análise, interpretação e divulgação de informações em saúde, por meio de publicações científicas. Um termo de compromisso será firmado pelo pesquisador para o uso dos dados na concretização do referido projeto, esclarecendo ainda que haverá rigor técnico nas análises estatísticas dos dados e que a fonte das informações será sempre enfatizada na preparação de relatórios e artigos científicos.

Cabe ressaltar que os profissionais incluídos no estudo assinarão duas vias (uma do próprio participante e outra do pesquisador responsável) do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE E).

4 RESULTADOS

4.1 Manuscrito:

Análise das Ações Educativas Realizadas por Profissionais da Atenção Básica no Cuidado com a Pessoa Idosa

Analysis of Educational Actions Undertaken by Basic Care Professionals in Caring for the Elderly

Francisco Daniel Leal Sousa

Mestrando do Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família do Centro

Universitário UNINOVAFAPI. Bairro Tancredo Neves. Q2, BL18, APT nº201, Teresina, CEP: 64076-085, Piauí, Brasil. E-mail: *danielleal_@hotmail.com*

Fabício Ibiapina Tapety

Professor Doutor do curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família do Centro

Universitário UNINOVAFAPI. E-mail: *ftapety@uninovafapi.edu.br*

Eucário Leite Monteiro Alves Camila

Professor Doutor do curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família do Centro

Universitário UNINOVAFAPI. E-mail: *eucmonteiro@yahoo.com.br*

Andréia Rodrigues Moura da Costa Valle

Professora Doutora do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Piauí. E-mail: *andreiarncvalle@hotmail.com*

Gerardo Vasconcelos Mesquita

Professor Doutor do curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família do Centro

Universitário UNINOVAFAPI. E-mail: *gvmesquita@uol.com.br*

RESUMO

Esta pesquisa teve como objetivo analisar as ações educativas realizadas pelos profissionais da atenção básica no cuidado com a pessoa idosa. Trata-se de uma pesquisa descritiva e exploratória, com abordagem qualitativa, realizada com os profissionais da Atenção Básica de Saúde de um município do Piauí. Participaram desse estudo 19 profissionais de saúde de nível superior. Para a coleta dos dados foi realizada uma entrevista com questionário semiestruturado com roteiro temático. Para a análise utilizou-se a técnica de análise de conteúdo

do tipo temática proposta por Bardin. Após a apreciação das falas dos entrevistados emergiram cinco categorias temáticas: Conhecimento profissional quanto à utilização dos métodos e técnicas de educação em saúde e sua abordagem focada na pessoa idosa; Dificuldades encontradas na promoção das ações educativas voltadas para os idosos; Interação entre profissionais e equipes nas práticas educativas direcionadas ao idoso; Necessidade de capacitação profissional para o desenvolvimento das práticas educativas em saúde e o trabalho educativo proposto aos cuidadores e familiares de idosos. Deste modo revela-se a necessidade de uma formação baseada numa aprendizagem dinâmica e contínua na possibilidade de melhorar o conhecimento profissional para uma melhor promoção de práticas voltadas para o bem estar da pessoa idosa.

Palavras-chave: Ações educativas. Atenção Básica. Pessoa Idosa.

ABSTRACT

This research aimed to analyze the educational activities carried out by primary care professionals in the care of the elderly. This is a descriptive and exploratory research with a qualitative approach, carried out with the professionals of primary health care in a city of Piauí. Participated in this study 19 top-level health professionals. For data collection an interview with semi-structured questionnaire with thematic guide was performed. For the analysis we used the content analysis technique proposed by Bardin thematic type. After examination of the statements of respondents emerged five thematic categories: professional knowledge on the use of methods and health education techniques and their approach focused on the elderly; Difficulties encountered in the promotion of educational activities aimed at the elderly; Interaction between professionals and staff in educational practices aimed at the elderly; professional training need for the development of educational practices in health and educational work offered to caregivers and family members of the elderly. Thus it is revealed the need for training based on a dynamic and continuous learning in the possibility of improving professional knowledge to better promote practices geared towards the welfare of the elderly.

Keywords: Educational activities. Primary Care. Elderly.

RESUMEN

Esta investigación tuvo como objetivo analizar las actividades educativas llevadas a cabo por los profesionales de atención primaria en el cuidado de los ancianos. Se trata de una investigación descriptiva y exploratoria de carácter cualitativo, realizada con los profesionales de la atención primaria de salud en una ciudad de Piauí. Participaron en el estudio 19 profesionales de la salud de nivel superior. Para la recolección de datos se llevó a cabo una entrevista con cuestionario semi-estructurado con guía temática. Para el análisis se utilizó la técnica de análisis de contenido propuesta por Bardin tipo de temática. Tras el examen de las declaraciones de los encuestados surgieron cinco categorías temáticas: conocimiento profesional sobre el uso de métodos y técnicas de educación para la salud y su enfoque centrado en las personas de edad; Dificultades encontradas en la promoción de actividades educativas dirigidas a las personas mayores; La interacción entre los profesionales y el personal en las prácticas educativas dirigidas a las personas mayores; necesidad de formación profesional para el desarrollo de las prácticas educativas en la salud y el trabajo educativo que se ofrecen a los cuidadores y los miembros de la familia de edad avanzada. Así se revela la necesidad de una

formación basada en un aprendizaje dinámico y continuo en la posibilidad de mejorar el conocimiento profesional para promover mejores prácticas orientadas al bienestar de las personas mayores.

Palabras – clave: Las actividades educativas. Atención Primaria. Gerry

INTRODUÇÃO

O envelhecimento, antes considerado um fenômeno, hoje, faz parte da realidade da maioria das sociedades. Estima-se que para o ano de 2050 existiram cerca de dois bilhões de pessoas com sessenta anos ou mais, onde em sua maioria viverão em países emergentes (BRASIL, 2014).

Esse fenômeno por ser definido como um processo consequente de alterações no organismo que se manifesta de forma variável e individual. Pode também se referir a um fenômeno fisiológico, de comportamento social, ou ainda cronológico, isto é, a velhice surge com a progressão do tempo, da idade adulta até o fim da vida (CASTRO et al., 2010).

No Brasil, nas últimas décadas, iniciou-se um processo de inversão na característica populacional, havendo um decréscimo nas taxas de natalidade e mortalidade, o que ocasionou o aumento da população da faixa etária de 60 anos ou mais. Levando dessa forma a necessidade de novas estratégias de cuidado e atenção para essa população. (MEIRELES et al., 2007).

Com o envelhecimento populacional, tem-se um aumento da prevalência de doenças crônicas e incapacitantes e uma mudança no paradigma na saúde pública. Esse fato não traz consequências apenas para o idoso, mas para toda a dinâmica familiar, onde os membros da família e toda a rede de atenção à saúde são de alguma forma levados a participar do cuidado com esse indivíduo (TAVARES, et al 2012).

Quanto à saúde da pessoa idosa, a atenção básica composta pela Estratégia Saúde da Família (ESF) e Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) devem identificar as principais necessidades desse grupo populacional além de realizar o monitoramento das condições de vida e de saúde desses idosos. Tendo em vista os problemas de saúde mais comuns que atingem essa população, para que dessa forma haja os encaminhamentos possíveis aos demais profissionais e as orientações mais adequadas. Soma-se a isso o monitoramento e a reabilitação quando necessário, e o trabalho de educação em saúde para que seja garantida uma boa assistência a essa população mais vulnerável (CARVALHO; ASSUNÇÃO; BOCCHI, 2010).

O trabalho realizado pela atenção primária em saúde permite o conhecimento da realidade social realizando cobertura sobre as condições: socioeconômica, alimentar, psicológica, sanitária, de reabilitação dentre outras, facilitando a atuação dos demais setores de assistencialismo social nos determinantes do processo saúde-doença. Assim as práticas educativas em saúde podem ser realizadas de forma concreta e segura focada nas demandas individuais e coletivas de acordo com cada realidade loco-regional (MIRANZI et al., 2008).

Embora as características dos profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF) e do Núcleo de Apoio à saúde da família sejam diversificadas de acordo com cada realidade, é importante que os mesmos possuam objetivos em comum nesse processo de cuidado e de promoção da saúde, através da educação desses pacientes para com seus hábitos de vida (MORETTI-PIRES, 2009).

O público atendido pela Atenção Básica também deve ser responsável pelo seu próprio cuidado e pela melhora da sua saúde através da realização de práticas e ações voltadas para o bem estar global e manutenção da qualidade de vida. Atividades estas que podem ser facilmente introduzidas no cotidiano da população através dos ensinamentos e da intervenção dos profissionais da saúde capacitados para esta promoção (PROCHET et al., 2012).

Apesar de alguns avanços, a formação dos profissionais de saúde ainda está muito distante do cuidado integral. O perfil dos profissionais de saúde demonstra qualificação insuficiente para as mudanças das práticas principalmente quando estão relacionadas com a saúde da pessoa idosa. Uma necessidade crescente de educação permanente para esses profissionais, com o objetivo de (re) significar seus perfis de atuação, para implantação e fortalecimento da atenção à saúde no SUS é um grande desafio (BARROS; BATISTA, 2011).

Dessa forma, a criação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) aparece como uma proposta de ação estratégica para contribuir na transformação e na qualificação das práticas de saúde, a organização das ações e dos serviços, dos processos formativos e das práticas pedagógicas na formação e no desenvolvimento dos trabalhadores de saúde (BARROS; BATISTA, 2011).

Assim, para que as ações educativas em saúde voltadas para a pessoa idosa tenham mais importância na prática do trabalho dos profissionais da atenção básica é necessário que os mesmos tenham contato com a educação continuada principalmente a proposta pela PNEPS, resultando uma maior eficiência das políticas preventivas, diminuindo os agravos à saúde dessa população e contribuindo para uma melhor qualidade de assistência à população idosa. Portanto, o presente estudo teve como objetivo analisar as ações educativas realizadas pelos profissionais da atenção básica no cuidado com a pessoa idosa.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa de campo, descritiva e exploratória, com abordagem qualitativa. Esse estudo foi realizado junto aos profissionais da Estratégia Saúde da Família e do Núcleo de Apoio à Saúde da Família do município de Alto Longá - PI, que está localizado na região centro norte do estado do Piauí.

Foram considerados como critérios de inclusão para participar do estudo: ser profissional de nível superior da ESF e do NASF do município de Alto Longá com pelo menos 3 meses de atuação, exercerem atividades inerentes à atenção básica, e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Dentre os critérios de exclusão adotados estavam: exercer atividades voluntárias ou de estágio, estar atuando na ESF ou no NASF a menos de 3 meses e não assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Os participantes foram interrogados quanto ao perfil sócio-demográfico e formação profissional. As entrevistas foram gravadas e conduzidas com auxílio de um roteiro temático, tomando por base uma pergunta norteadora a cerca de sua percepção sobre as ações educativas realizadas por profissionais da atenção básica no cuidado com a pessoa idosa. Utilizando para tal fim a seguinte questão: *“Fale sobre a sua experiência (visão) quanto à educação em saúde para a pessoa idosa na atenção básica?”*

As entrevistas foram conduzidas com o auxílio do seguinte roteiro temático: *Conhecimento sobre a educação em saúde (definição, importância, tipos de ações realizadas, eficácia das ações educativas público alvo); Ações propostas pela atenção básica para a educação em saúde; relação entre os profissionais e os idosos atendidos, relação entre si como equipe executora; manejo das ações educativas; periodicidade das ações; facilidades e dificuldades para a realização dos trabalhos educativos em saúde; sugestões de melhoria e expectativas futuras*. Os profissionais foram identificados por P que significa Profissional, seguido da numeração P1, P2, P3, etc...

As informações obtidas foram analisadas por meio da análise de conteúdo modalidade temática, proposta por Bardin (2014). As entrevistas foram recortadas em redor de cada tema-objeto, ou seja, tudo o que foi afirmado acerca de cada objeto preciso no decorrer da entrevista foi transcrito para uma ficha, seja qual for o momento em que a afirmação tenha tido lugar.

A presente pesquisa foi aprovada pela instituição onde se realizou o estudo e pelo comitê de ética em pesquisa (CEP) do Centro Universitário UNINOVAFAPI sob parecer nº 1.265.827/2015, conforme prevê a resolução 466/2012 do Conselho Nacional do Ministério da Saúde. CAAE: 49510015.7.0000.5210. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram entrevistados 19 profissionais da Estratégia Saúde da Família e do Núcleo de Apoio à Saúde da Família, a maioria era do sexo feminino, com faixa etária entre 20 a 50 anos. Em relação à profissão a maioria eram enfermeiras (06), sendo os demais odontólogos (5), médicos (3), fisioterapeutas (2), educador físico (1), nutricionista (1) e psicólogo (1).

No que se refere ao ano de formação esse tempo variou de 1 a 14 anos. Em relação ao nível de escolaridade 12 participantes desse estudo apresentaram curso de pós-graduação a nível de especialização. Quanto ao tempo de atuação na Atenção Básica, essa variância ficou compreendida entre 1 a 7 anos de experiência, o que mostra um período significativo para a obtenção de experiência de trabalho no referido setor.

Todos os profissionais entrevistados trabalhavam com a Atenção Básica a pelo menos um ano e quando perguntados sobre a realização de atividades educativas em saúde no município, todos responderam que sim, exceto um entrevistado que respondeu não realizar essas atividades educativas deixando a cargo dos demais membros da sua equipe de saúde.

Após a análise das falas dos entrevistados surgiram cinco categorias temáticas: 1- Conhecimento profissional quanto à utilização dos métodos e técnicas de educação em saúde e sua abordagem focada na pessoa idosa; 2- Dificuldades encontradas na realização das ações educativas voltadas para os idosos; 3- Interação entre profissionais e equipes nas práticas educativas direcionadas ao idoso; 4- Necessidade de capacitação profissional para o desenvolvimento das práticas educativas em saúde; 5- O trabalho educativo proposto aos cuidadores e familiares de idosos.

Tema 1: Conhecimento profissional quanto à utilização dos métodos e técnicas de educação em saúde e sua abordagem focada na pessoa idosa.

As falas dos profissionais se apresentaram insuficientes em relação ao conhecimento sobre os diversos métodos e técnicas de educação em saúde, bem com o seu domínio quando focado na saúde da pessoa idosa. Há uma limitação quanto à diversidade das técnicas e ações utilizadas sendo as palestras, a entrega de folders e a exposição de cartazes as únicas coisas observadas nas entrevistas. Embora esse conhecimento possa ser diferenciado de acordo com a formação profissional de cada um ou pelo tempo de atuação na atenção básica, a promoção dessas ações educativas de forma concreta e diversificada junto ao público idoso se faz necessária, pois estas ações podem vir a interferir de maneira positiva na qualidade de vida desses idosos, e tendo o profissional um conhecimento limitado a esse respeito, poderá haver um comprometimento na qualidade e eficácia do serviço prestado para essa população.

P1 – (...) Realizamos palestras que acontecem esporadicamente e não tem datas específicas para ocorrer e a entrega de folders em épocas de campanha propostas pela secretaria de saúde (...).

P4 – (...) Nós trabalhamos com palestras uma vez no mês nas comunidades rurais e outra vez na zona urbana sobre a saúde bucal (...).

P7 – (...) As ações educativas feitas pela equipe são palestras sobre saúde da mulher, gravidez, uso de drogas, acidentes automobilísticos e DST's nas escolas e na comunidade (...).

P8 – (...) Dentre as ações que executamos se destacam as palestras duas vezes por mês na zona rural com duração de meia hora cada sobre drogas, DST's e prevenção de acidentes, e utilização de cartazes quando disponibilizados (...).

P12 – (...) *As orientações individuais e aos familiares e cuidadores de idosos são as ações mais realizadas na minha equipe, fazemos isso durante as visitas domiciliares que acontecem uma vez por semana (...).*

As falas revelam que há sim a realização de práticas educativas voltadas para a saúde da pessoa idosa na atenção básica do local pesquisado, no entanto o conhecimento sobre a diversidade dessas práticas e ações educativas está limitado, pois a maioria dos entrevistados só considerou como ações educativas apenas a realização de palestras, orientação individual, entrega de folders e utilização de cartazes quando disponibilizados pelos gestores, deixando de lado outros meios de divulgação.

Vários benefícios são gerados pela promoção de saúde por meio das palestras, orientações e entrega de material informativo para a população ou grupo populacional. No entanto a construção do conhecimento com base apenas em ações repetitivas e limitadas a poucos modelos de intervenção não irão gerar maiores impactos na realidade local visto que a falta de diversificação dessas ações limita a propagação do conhecimento (ROECKER; MARCON, 2011).

P3 – (...) *Fazemos palestras de 20 minutos na comunidade sobre a saúde bucal e nas escolas onde usamos o data show uma ou duas vezes no mês (...).*

P13 – (...) *Trabalhamos principalmente com orientações individuais para a população idosa e também seus familiares e cuidadores, realizamos as visitas domiciliares uma vez por semana (...).*

P18 – (...) *Disponibilizamos uma hora durante o Hiper Dia para fazer esse tipo de ação, geralmente o espaço usado é o pátio do colégio da comunidade e além dos idosos seus familiares também participam (...).*

P19 – (...) *As ações educativas mais realizadas na minha equipe são as orientações individuais que acontecem em todas as consultas e também nas visitas domiciliares, falamos por alguns minutos com o paciente idoso (...).*

As ações de educação e prevenção foram consideradas como insuficientes, pois todas as equipes de Saúde da Família realizavam algum tipo de atividade educativa, contudo predominaram as atividades esporádicas sem datas específicas, além do pouco tempo de realização das mesmas, as palestras eram realizadas em tempo reduzido variando entre 20 minutos a uma hora por palestra, variando entre uma a no máximo quatro vezes por mês, deixando a desejar quanto a uma maior frequência de realização das mesmas.

Nesse contexto, considera-se que a educação em saúde pode ser vista como uma prática integral que pode e deve ser desempenhada em todos os momentos e espaços, implementando-se como uma atividade que foca a interação entre os diferentes saberes e enfatiza o vínculo com a comunidade (CERVERA; PARREIRA; GOULART, 2011).

Além disso, esse processo educativo deve ser desenvolvido conforme as necessidades, capacidades, interesses, cultura e conhecimento individual e coletivo e tem que ser planejado e executado de forma estruturada e sistematizada (CAROLINA; ANDRADE; SORATTO, 2013).

Percebe-se nas falas dos entrevistados uma limitação quanto ao conhecimento de novas maneiras de se educar em saúde e também uma falta de dinamismo das ações que esses profissionais utilizam, além da concentração dessas ações em locais específicos como nos postos de saúde e no pátio das escolas, deixando outros locais na comunidade descobertos por essa equipe quanto às ações educativas em saúde do idoso. Assim uma certa insegurança é gerada quanto à real eficácia das ações junto a comunidade idosa.

P19 – (...) *Quanto às ações propostas, agente procura fazer orientações sobre alimentação e atividade física e palestras fazemos às vezes, uma vez a cada dois meses com duração de uma hora em média, na escola da minha área (...).*

P4 – (...) *Trabalhamos com palestras uma vez no mês nas comunidades rurais e outra vez na zona urbana cada palestra tem meia hora de duração e depois fazemos orientações individuais (...).*

P17 – (...) *O tipo de educação em saúde que eu uso seriam palestras, feitas de três em três meses onde eu mostro para o idoso a importância de se higienizar a prótese, falo sobre diabetes, hipertensão entre outros no próprio posto de saúde (...).*

P09 – (...) *Dentre as ações que executamos se destacam as palestras duas vezes por mês na zona rural com duração de meia hora cada sobre drogas, DST's e prevenção de acidentes (...).*

As falas acima mostram uma situação preocupante quanto à periodicidade das ações e o tempo utilizado em cada uma delas, revelando assim um desconhecimento da importância da realização com maior frequência dessas práticas na comunidade. Pois é a equipe de saúde a responsável por organizar e construir os trabalhos educativos para a população alvo.

Esses achados corroboram com os resultados encontrados por Andrade e colaboradores no qual analisou o planejamento das ações educativas pela equipe multiprofissional da Estratégia Saúde da Família, encontrando uma necessidade de aprimoramento dos conhecimentos para se desenvolver novas práticas de atenção integral à saúde (CAROLINA; ANDRADE; SORATTO, 2013).

Em relação ao material utilizado nessas ações e ao conhecimento dos profissionais sobre os benefícios que a população idosa irá adquirir após a realização das ações foi observado que há pouca diversidade de recursos utilizados e que a maioria dos profissionais projetaram uma ideia de transmissão de conhecimento que é necessária haver durante suas atividades de trabalho. Conforme pode ser observado nos relatos:

P2 – (...) *E acho que a educação em saúde é transmitir conhecimento a alguém, e a gente faz isso através de palestras e orientação individual (...) utilizamos data show quando está disponível, também fazemos entrega de folders quando tem (...).*

P9 - (...) Aqui no NASF realizamos algumas ações como orientações individuais e palestras (...) usamos como recurso somente o data show (...) pois é importante orientar os idosos e seus familiares (...).

P3 – (...) Realizamos palestras para os idosos porque é importante informar pra eles sobre os cuidados e manuseios com a saúde (...) usamos o data show uma ou duas vezes no mês (...) não fazemos entrega de folders porque nunca tivemos na minha equipe (...).

P14 - Utilizamos data show e cartazes quando são disponibilizados para explicar melhor o assunto. Essas ações ocorrem no espaço das escolas municipais e no próprio posto de saúde. (...).

As falas mostram uma preocupação por parte dos profissionais quanto à necessidade de se trabalhar educação em saúde, pois esses profissionais estabelecem vínculos com a população informando-os e orientando quanto à prática dos melhores cuidados com sua saúde. No entanto existe uma pequena diversidade de recursos utilizados se destacando apenas o data show para a explanação das palestras e a utilização de cartazes e folders quando disponibilizados pela gestão municipal, gerando assim uma limitação na propagação do conhecimento.

Coutinho e colaboradores também mostram em seu estudo que buscou compreender como vem sendo realizado o cuidado com a pessoa idosa na unidade básica de saúde sob a visão da equipe e evidenciou que as práticas educativas são necessárias visto o grande aumento do número de idosos e consequentemente seus déficits decorrentes do envelhecimento, porém a limitação de recursos básicos para a realização dessas ações vem a comprometer a eficácia das mesmas (COUTINHO et al., 2013).

Os profissionais da Atenção Básica de saúde apresentaram limitações quanto ao conhecimento da diversidade das técnicas e abordagens da educação em saúde para idosos bem como uma pequena frequência na realização dessas ações para essa população, além da utilização de poucos recursos na propagação das mesmas. Mas reconhecem a importância de promover seu conhecimento para esse grupo que necessita de uma atenção especial. É importante refletir nesse aspecto, no qual o profissional da estratégia saúde da família e do

núcleo de apoio à saúde da família deve buscar o conhecimento adequado pautado nas suas necessidades e na realidade local, pois é ele o elo entre a saúde e a comunidade.

Tema 2: Dificuldades para a promoção das ações educativas voltada aos idosos

Nessa categoria temática são apresentadas as dificuldades de se promover as ações de saúde para a comunidade especialmente para os idosos no contexto da atenção básica. Os profissionais relatam dificuldades de locomoção e falta de material educativo para realizar suas atividades.

***P1-** (...) Aqui, com certeza, a gente tem mais dificuldades quando agente precisa de carros de carros para se deslocar até o interior e também material para a questão didática (...).*

***P2 -** (...) Temos dificuldades quanto ao material porque a gente planeja uma palestra, mas não tem folder (...).*

***P9 –** (...) Temos dificuldade em realizar algumas ações por deficiência de transporte e na estrutura física do NASF e de recursos terapêuticos (...).*

***P20 –** (...) A gente tem dificuldades na questão do acesso aos locais de atendimento que são muito distantes (...).*

Com base nas falas dos profissionais observam-se dificuldades na questão dos deslocamentos pela falta de transporte para que se possa realizar as ações em saúde nas localidades mais distantes. Outro ponto abordado foi à falta de material didático e outros recursos que limitam a transmissão das informações. Percebe-se então que a abrangência e efetividade dessas ações acabam por sofrer *déficits* pela presença de pequenos problemas inerentes a esse município pesquisado.

No estudo realizado por Cervera et al., (2011), também foi observado que os profissionais da saúde encontram grandes dificuldades para a realização das práticas cotidianas de educação em saúde, assim são realizadas apenas os trabalhos em grupo quando esses usuários conseguem ter acesso ao local de realização das ações, sendo essas atividades dirigidas de acordo com a demanda de material ou a epidemia do momento.

As atividades em grupos de idosos em unidades básicas de saúde ou outros locais adequados representam um importante espaço de educação em saúde e que traz benefícios, tanto para os idosos, quanto para o próprio serviço. Porém no estudo realizado por Carreira e colaboradores (2010) foi detectado também dificuldades de acesso à unidade básica de saúde por parte dos usuários, como também, pelo problema do transporte para os profissionais irem até os idosos (CARREIRA; RODRIGUES, 2010).

As falas revelam ainda que outro agravante para deixar essa promoção de saúde mais difícil de ser executada é a dificuldade que os idosos encontram de pôr em prática os conhecimentos adquiridos com as ações propostas pela equipe, muitas vezes por não serem alfabetizados ou pôr fatores culturais.

***P11** – (...) Dificuldades agente encontra muitas, desde o deslocamento até as comunidades como também no próprio nível de entendimento desses idosos, que geralmente tem níveis de compreensão e cognição mais baixos (...).*

***P14** – (...) alguns pacientes não seguem as nossas orientações em casa e não nos procuram para tirar dúvidas (...).*

***P15** – (...) Muitos idosos não tem estudo o que dificulta o nosso trabalho de educação em saúde (...).*

Conforme pode ser evidenciado os entrevistados referem claramente essa deficiência quanto à alfabetização dessa população além de seus padrões culturais que minimizam a interação destes idosos com a equipe de saúde. Corroborando com esse estudo, Coutinho e

colaboradores (2013), realizaram uma pesquisa que buscou compreender com vem sendo realizado o cuidado com os idosos na ESF segundo a visão dos profissionais de saúde, os participantes do estudo referiram ter encontrado dificuldades na realização das praticas educativas pelas dificuldades que os idosos apresentaram em absorver o conteúdo informado, referindo falta de alfabetização dessa população além dos fatores culturais onde os mesmos se prendiam aos modelos curativistas dificultando a realização das ações (COUTINHO et al., 2013).

Em outro estudo, realizado no município de Recife estado de Pernambuco, que visava implantar uma rede de atenção à pressão arterial em idosos na ESF revelou que a pouca adesão da população alvo às novas estratégias de combate a hipertensão se deu além da falta de incentivo da gestão mas também pela pouco interesse desses idosos em procurar novas estratégias de combate à sua patologia, os deixando a mercê das velhas praticas de assistencialismo (COSTA; SILVA; CARVALHO, 2011).

É importante destacar, que os profissionais de saúde dos municípios são os responsáveis por dispor dos serviços básicos de saúde e realizar ações educativas de promoção da saúde e prevenção dos agravos, ações essas que se fazem necessárias para a população compreender a importância do cuidado com sua saúde, em todos os segmentos para que assim os mesmos tenham uma melhor qualidade de vida (ROECKER; MARCON, 2011).

Observa-se que as ações de informação e aplicação são as mais realizadas pelos profissionais, tanto que são apontadas como os mecanismos facilitadores, conforme relatados abaixo:

P10 – (...) No momento aqui no NASF, não estamos tendo a possibilidade de fazer as visitas pra dar orientações pois a maioria dos idosos são acamados e falta o transporte (...).

P16 – (...) Quando os idosos são acamados esse trabalho educativo fica mais difícil pois eles não tem como vir até aqui no posto e muitas vezes agente não tem como ir até eles (...).

P19 – (...) As principais dificuldades são quanto aos idosos acamados, pois agente tem que ir até eles e algumas vezes encontramos dificuldades (...).

É importante destacar que as ações realizadas pelos profissionais aos idosos acamados têm sido relatadas como um grande problema por parte das equipes, pois as mesmas se consideram impossibilitadas de realizar tais ações devido às dificuldades na aquisição de transporte entre outros fatores. Fato este que contribui para diminuir a eficácia do trabalho integral da Estratégia Saúde da Família e desmotiva os profissionais no cotidiano de seu trabalho.

O cumprimento das metas propostas pelo ministério da saúde também pode ser afetado uma vez que as ações de promoção de saúde fazem parte das diretrizes nacionais que regem o funcionamento da ESF e NASF na atenção básica de saúde do Brasil. Assim a reorganização dos serviços e cumprimento adequado dos mesmos pode diminuir esses impasses e melhorar a qualidade do trabalho prestado à população.

Tema 3: Interação entre profissionais e equipes nas práticas educativas direcionadas ao idoso

A análise das falas nos mostra que alguns profissionais durante sua atuação na Atenção Básica tem dificuldades no relacionamento com outros profissionais da mesma equipe, fato este, que pode causar perdas no processo de trabalho e cumprimento das metas por parte dessa equipe.

P10 - (...) Eu acho que esta faltando mais interação entre os profissionais da atenção básica (...).

P5 – (...) Muitas vezes há uma divergência de opiniões entre os profissionais da minha equipe (...).

P17 – (...) Em relação à equipe eu acho que há pouca interação entre eu e o restante da equipe, devido às diferenças pessoais que acabam refletindo nas ações coletivas de maneira geral (...).

É importante destacar que alguns profissionais entrevistados revelaram ter boa interação com sua equipe, no entanto o que se destacou foi que a maioria confessou não ter boas relações com o restante dos companheiros que formam a equipe de saúde.

Assim como no presente estudo, em outra pesquisa realizada na foi evidenciado essa ausência de comunicação entre os profissionais da ESF na elaboração de estratégia de cuidado com a saúde da pessoa idosa (DIAS et al., 2014).

Outro estudo realizado com as equipes de saúde em Unidades Básicas de dois municípios da região metropolitana do Rio Janeiro demonstrou métodos tradicionais de administração do trabalho, divisão de turnos e tarefas, segundo a hierarquia profissional, e roteiros de atividades pré-determinados. Os trabalhadores realizam suas atividades conforme sua categoria, de modo isolado e não cooperado. Preceituar a gestão do trabalho é uma condição que impossibilita a construção de atividades inovadoras, voltadas para conjunto de ações de prevenção e eliminação de riscos e agravos da saúde da população (MARQUES et al., 2015).

Para que haja uma mudança na realidade da assistência faz-se necessário o planejamento das atividades advindas do cotidiano e das práticas vivenciadas possibilitando assim uma maior efetividade das ações e condutas no processo de trabalho individual e da equipe (VIANA et al., 2015).

Além dessa problemática também foi observada que as relações entre as equipes da ESF e entre ela o NASF também não acontecem de maneira satisfatória o que pode gerar um desconforto na hora da execução das ações em saúde principalmente para aquelas que necessitam da atenção da equipe multiprofissional.

P3 – (...) Se houvesse uma melhor interação entre a equipe de saúde da família que eu faço parte e os núcleos de apoio no caso o NASF, poderíamos executar os serviços de forma mais precisa, mais integrada (...).

P9 – (...) A relação entre os profissionais de fisioterapia é boa, é agradável, mas entre as equipes de saúde e entre os profissionais e os gestores tem uma deficiência, não há muita comunicação, não existem alguns esclarecimentos (...).

P14 – (...) Nós da minha equipe, procuramos fazer nossa parte, mas não temos a ajuda dos outros profissionais para realizar nossas ações (...).

É importante que tanto os profissionais quanto as equipes de saúde estejam unidos na promoção das atividades em saúde na perspectiva de melhorar a qualidade de vida do público alvo nesse caso da população idosa. A construção do conhecimento ampliado é justamente a transformação da atenção individual no cuidado coletivo, de forma a possibilitar que outros saberes do sujeito, que não apenas o biológico possam ser compreendidos e trabalhados de forma concreta (MACIEL et al., 2015).

Portanto, os profissionais de saúde devem promover suas ações em conjunto se mantendo unidos e focados nos reais interesses da população, deixando de lado as diferenças pessoais e buscando o diálogo na prática do trabalho em conjunto para que a comunidade seja beneficiada quanto aos seus indicadores de saúde.

O exercício da interdisciplinaridade denota um movimento de superação da visão e das práticas fragmentadas, sendo, ainda, uma estratégia de produção crescente de articulações entre diferentes segmentos, tanto no plano interno quanto no externo da atenção à saúde (DIAS et al., 2014).

Nesse sentido torna-se evidente que os profissionais de saúde devem buscar uma melhor interação nas suas práticas de trabalho deixando as ações mais dinâmicas e condizentes com a realidade local, saindo do modelo individualista para o modelo coletivo unindo as equipes com um propósito único de produção de conhecimento. Isso irá melhorar os parâmetros de saúde da população idosa uma vez que os mesmos terão a oportunidade de utilizar esses novos conhecimentos adquiridos e transformar a sua realidade e de seus familiares.

Tema 4: Necessidade de capacitação profissional para o desenvolvimento das práticas educativas em saúde

Sob esse enfoque todos os profissionais que participaram desse estudo sugeriram que fossem feitas ações de capacitação para eles, na tentativa de melhorar sua atuação na equipe

onde os quais estavam inseridos, contribuindo assim para a seu melhor desempenho, conforme são descritas nas falas abaixo:

***P2** – (...) Seria interessante que tivéssemos uma capacitação, treinamento, porque muitas vezes o que a gente aprende na faculdade ou na especialização não é o suficiente (...).*

***P12** – (...) O que dificulta as ações é a falta de capacitação e de treinamento sobre a educação e saúde para idosos (...).*

***P17** – (...) Eu acho que uma melhoria poderia ser uma capacitação ou um treinamento mais voltado para esse público de idosos (...).*

***P18** – (...) A grande dificuldade é a falta de capacitação dos profissionais, pois quando a gente desenvolve alguma ação, a agente tem dificuldades de dar continuidade a ela (...).*

A capacitação apontada pelos trabalhadores de saúde é uma estratégia eficaz de cuidado. Saber utilizar espaços comuns do serviço, aprender novas modalidades de intervenção em saúde, focar também em reuniões de equipe para educação, beneficiaria a todos os envolvidos. A mudança no modelo assistencial é consequência de formação e capacitação dos profissionais para a atenção ao idoso, com o objetivo de minimizar a dependência e promover autonomia, favorecendo uma velhice com qualidade de vida. O cuidado de acordo com o Estatuto do Idoso proporcionará um cuidado seguro, ético e com qualidade (COUTINHO et al., 2013).

Sugere-se que a gestão analise, junto aos profissionais da equipe e comunidade os problemas que impedem ou dificultam a inserção das ações educativas. Acredita-se na necessidade de rever o perfil dos profissionais, ampliar e ofertar a capacitação para que entendam os preceitos da atenção básica e que percebam que suas ações educativas trarão resultados mesmo que seja em longo prazo (CAROLINA; ANDRADE; SORATTO, 2013).

Outro fator observado na análise das falas foi a necessidade de mais planejamento e apoio por parte dos gestores locais e regionais para incentivar às práticas de educação em saúde para a pessoa idosa visto o grande número destes no município.

***P11** – (...) Precisaríamos ter muitas ações conjuntas do governo federal e do governo municipal para poder fazer com que tivéssemos uma otimização do atendimento desse paciente idoso (...).*

***P13** – (...) Falta um planejamento por parte da secretaria de saúde para a promoção do envelhecimento ativo e também o treinamento dos profissionais para a educação em saúde do idoso (...).*

***P15** – (...) Se os gestores em saúde promovessem mais capacitações, nós estaríamos mais preparados pra desenvolver qualquer atividade de educação em saúde (...).*

Segundo um estudo feito por Ohira et al., (2014) pode-se dizer que boa parte dos gestores padecem de precário profissionalismo e insuficiência de preparação pois não incentivam seus trabalhadores quanto ao ganho de conhecimento através dos cursos de capacitação. Cabe a eles bem como ao SUS (municípios, estados e união) e às instituições acadêmicas criar condições e incentivar a superação de tais deficiências.

Os profissionais de saúde por meio de sua formação também podem fazer a diferença em seu próprio local de trabalho, no qual devem buscar aprimorar seus conhecimentos em relação aos programas de saúde, sobretudo na educação em saúde voltada para a pessoa idosa, mediante cursos, capacitações e treinamentos contínuos esse profissional poderá melhorar seus serviços prestados a comunidade. A falta de qualificação leva a dificuldades em desenvolver as ações na atenção básica de saúde, bem como pode afetar direta ou indiretamente nos indicadores de qualidade de vida da pessoa idosa no município.

Nesse aspecto, a busca pela continuidade da formação dos profissionais de saúde, por meio de cursos de extensão e também de treinamentos livres não deve ser uma iniciativa apenas

da instituição ao qual trabalham os profissionais, mas principalmente pelos próprios profissionais, estes devem ter uma preocupação constante do compromisso de cada um, com vistas à transformação pessoal, profissional e social (PASCHOAL et al., 2007).

Tema 5: O trabalho educativo proposto aos cuidadores e familiares de idosos

Nessa abordagem os profissionais mostraram em suas falas que a realização de atividades educativas de orientação para cuidadores e familiares de idosos é presente tanto no trabalho individual de cada profissional quanto no trabalho em equipe, de forma que o idoso não é o único indivíduo que recebe as orientações devidas para o cuidado com a sua saúde.

P1 – (...) Sim, nossa equipe trabalha educação em saúde com os familiares de idosos (...).

P6 – (...) Orientamos o cuidador e todas as pessoas que moram na mesma casa que o idoso (...).

P10 – (...) Falo com a família sobre os principais cuidados que eles têm que ter com a saúde dos idosos (...).

Segundo Santos (2013) os familiares que cuidam de idosos fragilizados também devem ser objeto de cuidado da equipe multiprofissional na atenção básica, pois a assistência ao cuidador familiar permite a implantação de intervenções que possam diminuir o impacto da condição de dependência do idoso sobre o cuidador além de melhorar também a qualidade de vida desses indivíduos.

Outro fator importante observado na promoção das práticas educativas aos cuidadores e familiares de idosos é a possibilidade de transformação da realidade visto que as condições de saúde desses idosos são melhoradas e o manejo das atividades diárias de cuidado é simplificado com a aquisição de novos conhecimentos.

Os profissionais de saúde devem estar sempre em contato com família do idoso fragilizado, os tornando bons colaboradores e proporcionando a estes descobrirem suas potencialidades como cuidadores, expandindo suas ações de cuidado e aumentando a efetividade desse trabalho. Isso irá gerar como benefícios futuros a redução do número de hospitalizações e institucionalizações entre idosos (LINCK; CROSSETTI, 2011).

Os resultados alcançados revelaram que os profissionais pesquisados nesse estudo devem buscar informações complementares, necessitando também de educação continuada permanente como fator determinante para desenvolver essas ações de cuidado com a prevenção dos agravos e qualidade de vida do idoso.

CONCLUSÃO

Por meio dessa análise esse estudo permitiu-se esclarecer que os profissionais de saúde da atenção básica apresentam conhecimento insuficiente sobre a diversidade de técnicas e formas de se promover ações educativas voltadas para a saúde da pessoa idosa além do limitado conhecimento dos diversos tipos de práticas individuais e coletivas em saúde para idosos.

Também foi observado que a compreensão sobre educação em saúde por parte de alguns profissionais estava basicamente focada nas visitas domiciliares e na realização de palestras sem levar em consideração outros feitos realizados pela própria equipe.

Dentre as dificuldades mais citadas pelos entrevistados se destacou a falta de transporte para eles se deslocarem. O nível de alfabetização dos idosos também se mostra como um fator que reduz a eficácia das atividades educativas. No entanto o estudo também revelou que mesmo diante das dificuldades enfrentadas pelos profissionais da atenção básica eles realizam as orientações com os familiares e cuidadores de idosos.

Outro ponto importante observado foi quanto à interação entre os profissionais de uma mesma equipe e entre as equipes da atenção básica. Os dados mostram que há uma resistência por parte de alguns profissionais em procurar o auxílio de outro para atuarem em conjunto nessas atividades e também entre as equipes da ESF e NASF onde cada uma promove as suas ações de uma maneira mais individualista.

Por fim, o estudo revelou que é essencial a presença mais efetiva das gestões federal, estadual e municipal no que diz respeito a capacitar e promover a educação continuada e permanente para esses profissionais, de forma que os deixem mais empoderados e seguros

quanto à realização desses trabalhos educativos para pessoas idosas. Por isso foi elaborado como produto da pesquisa, um vídeo educativo que trouxesse informações pertinentes sobre métodos de educação em saúde de idosos para facilitar a atuação dos profissionais deste município.

Almeja-se que este estudo venha colaborar na superação das dificuldades enfrentadas pelos profissionais da atenção básica de saúde, levando-os a adotarem uma postura crítica e reflexiva, na tentativa de alcançar uma melhor assistência à população voltada a prevenção e combate dos agravos à saúde, por meio das práticas educativas direcionadas ao público idoso, bem como despertar novos pensamentos e uma auto avaliação sobre o verdadeiro conhecimento de educação em saúde.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, F. O cuidado informal à pessoa idosa dependente em contexto domiciliário: necessidades educativas do cuidador principal. **Estudos em homenagem ao Professor Doutor Mário ...**, 2009.

BARDIN, L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 2014. 288p.

BARROS, K.; BATISTA, C. Formação dos Profissionais de Saúde para o SUS : significado e cuidado Education of Health Professionals for the SUS : meaning and. p. 884–899, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Conselho Nacional de Saúde. Comissão de ética e Pesquisa (CONEP). Resolução nº 466/2012, sobre pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília, DF, 2014e. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 28 nov. 2014.

CAROLINA, A.; ANDRADE, V. DE; SORATTO, M. T. Planejamento das ações educativas pela equipe multiprofissional da Estratégia Saúde da Família Planning of Educational Actions by the Multidisciplinary Team of the Family Health Strategy. 2013.

CARREIRA, L.; RODRIGUES, R. A. P. Dificuldades dos familiares de idosos portadores de doenças crônicas no acesso à Unidade Básica de Saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 63, n. 6, p. 933–999, 2010.

CARVALHO, C. J. A. DE; ASSUNÇÃO, R. C. D.; BOCCHI, S. C. M. Percepção dos profissionais que atuam na Estratégia de Saúde da Família quanto à assistência prestada aos idosos: revisão integrativa da literatura. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 20, n. 4, p. 1307–1324, 2010.

CASTRO, A. B. S. et al. Observatório Epidemiológico. n.2, ed.37, 2011. Disponível em <http://www.ceut.com.br/observatorio/edicao%2037.pdf> COMPETENCES, P. Competências Profissionais e o Processo de Formação na Residência Multiprofissional em Saúde da Família Professional Competences and the Training Process in a Multi-Professional Internship in Family Health. p. 814–827, 2011.

CERVERA, D. P. P.; PARREIRA, B. D. M.; GOULART, B. F. Educação em saúde: percepção dos enfermeiros da atenção básica em Uberaba (MG) Health education: perception of primary health care nurses in Uberaba, Minas Gerais State. **Ciênc.saúde coletiva**, v. 16, p. 1547–1554, 2011.

COSTA, J. M. B. D. S.; SILVA, M. R. F.; CARVALHO, E. F. Avaliação da implantação da atenção à hipertensão arterial pelas equipes de Saúde da Família do município do Recife (PE , Brasil) The implementation analysis of the arterial hypertension care by the Family Health teams in Recife city (Pernambuco , Braz. **Ciencias e Saude Coletiva**, v. 16, n. 2, p. 623–633, 2011.

COUTINHO, A. T. et al. Integrality of care for the aged in the family health strategy: the vision of the team. Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem, v. 17, n. 4, p. 628–637, 2013.

DE ARAÚJO SOUZA, G. C.; DO CÉU CLARA COSTA, I. O SUS nos seus 20 anos: Reflexões num contexto de mudanças. **Saude e Sociedade**, v. 19, n. 3, p. 509–517, 2010.

DIAS, M. S. D. A. et al. Intersetorialidade e Estratégia Saúde da Família: tudo ou quase nada a ver? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 11, p. 4371–4382, 2014.

KANNO, N. D. P.; BELLODI, P. L.; TESS, B. H. Profissionais da estratégia saúde da família diante de demandas médico-sociais: Dificuldades e estratégias de enfrentamento. **Saude e Sociedade**, v. 21, n. 4, p. 884–894, 2012.

LINCK, C. L.; CROSSETI, M. G. O. Fragilidade no idoso: o que vem sendo produzido pela enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 32, n. 2, p. 385–393, jun. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v32n2/a24v32n2.pdf>>.

MACIEL, S. et al. de apoio à saúde da família - NASF. v. 41, p. 117–122, 2015.

MARQUES, A. L. N. et al. Quality of life and working context of nursing professionals of the Family Health Strategy. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 16, n. 5, p. 672–681, 2015.

MEIRELES VC, Matsuda LM, Coimbra JAH, Mathias TAF. Características dos idosos em área de abrangência do Programa Saúde da Família na região noroeste do Paraná: contribuições para a gestão do cuidado em enfermagem. **Saúde Soc.** [online]. 2007, 16 (1): 69-80. ISSN

MORAIS, R. M.; COSTA, A. L.; GOMES, E. J. Information Systems Sus: a Historical Perspective and Policies of Computing and Information. **Nucleus**, v. 11, n. 1, p. 239–256, 2014.

MORETTI-PIRES, R. Complexidade em Saúde da Família e formação do futuro profissional de saúde. **Interface Comum Saúde Educ**, p. 153–166, 2009.

OHIRA, R. H. F.; CORDONI JUNIOR, L.; NUNES, E. D. F. P. D. A. Análise das práticas gerenciais na Atenção Primária à Saúde nos municípios de pequeno porte do norte do Paraná, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 11, p. 4439–4448, 2014.

PASCHOAL, A. S. et al. Percepção da educação permanente, continuada e em serviço para enfermeiros de um hospital de ensino. *Revista da escola de enfermagem da USP* [online], São Paulo v. 41, n. 3, p. 478-484, 2007. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342007000300019>>. Acesso em: 25 fev. 2015.

PEDUZZI, M. et al. Atividades educativas de trabalhadores na atenção primária: Concepções de educação permanente e de educação continuada em saúde presentes no cotidiano de Unidades Básicas de saúde em São Paulo. **Interface: Communication, Health, Education**, v. 13, n. 30, p. 121–134, 2009.

PROCHET, T. C. et al. Afetividade no processo de cuidar do idoso na compreensão da enfermeira. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 46, n. 1, p. 96–102, 2012.

SANTOS, Erick Igor, et al. Atuação do enfermeiro na promoção da qualidade de vida na terceira idade segundo. **Revista Augustos**, Rio de Janeiro, v.18, n.35, p.51-62, jan.jun.2013.

PRODUÇÕES CIENTÍFICAS BRASILEIRAS

TAVARES, D. M. S.; DIAS, F. A. Capacidade funcional, morbidades e qualidade de vida de idosos. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, Jan-Mar, v. 21, n.1, p.112-20. 2012. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n1/a13v21n1.pdf>

VIANA DM, Araújo RS, Vieira RM, et al. A educação permanente em saúde na perspectiva do enfermeiro na estratégia saúde da família. **R Enferm. Cent. O. Min.** 2015 mai/ago; 5 (2): 1658-16668.

VIEGAS, S. M. D. F.; PENNA, C. M. D. M. O SUS é universal, mas vivemos de cotas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 1, p. 181–190, 2012.

4.2 Produto

Vídeo Educativo: Ações educativas propostas por profissionais da atenção básica no cuidado com a pessoa idosa.

Vídeo educativo sobre saúde da pessoa idosa



O vídeo educativo sobre as ações propostas por profissionais da atenção básica no cuidado com a pessoa idosa foi elaborado como produto final de mestrado da pesquisa intitulada: **Análise das ações educativas realizadas por profissionais da atenção básica no cuidado com a pessoa idosa.** Esse produto visa ser um meio informativo e educativo sobre os principais cuidados que os idosos devem ter com sua saúde em todos os âmbitos dessa área além de servir como orientação para as práticas dos trabalhos da equipe multiprofissional de saúde: saúde bucal, nutricional, psicológica, fonoaudiológica, físico-funcional, medicina geriátrica, medicina farmacológica, práticas de cuidado ao enfermo e reabilitação.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse estudo nos revelou que as práticas educativas em saúde ocorrem no município pesquisado de maneira insuficiente pois estes profissionais quando questionados quanto aos tipos de ações realizadas relataram apenas palestras, entrega de folders e explanação de cartazes quando disponibilizados pela gestão, já quanto aos recursos utilizados revelaram que usavam apenas data show nas realização das palestras.

Além disso, foi visto também que o tempo de duração dessas ações era compreendido entre 30 minutos a uma hora no dia em que eram feitas. Relataram também a realização de orientações individuais esporádicas sem programação prévia.

Dentre as dificuldades mais citadas foi visto que o transporte para o deslocamento dos profissionais era algo que dificultava a realização dos trabalhos como também o pouco incentivo da gestão para melhorar esse aspecto. Ainda havia uma pouca interação entre as equipes de saúde e por vezes entre alguns profissionais da mesma equipe.

As informações transmitidas dos profissionais para cuidadores e familiares de idosos se mostrou presente, sendo isso um ponto positivo dentro dessa realidade local, mas que precisa ser ampliada e intensificada gerando mais conhecimento quanto às formas mais corretas de cuidar de um idoso.

Também foi relatado pelas falas dos profissionais que a falta de capacitação gera uma debilidade na execução das ações de promoção de saúde, emergindo em uma execução limitada da mesma. Dessa forma foi elaborado como produto do presente trabalho, um vídeo educativo contendo dicas de técnicas com conteúdo dinâmico e simples para se trabalhar a educação em saúde da pessoa idosa explanado pelos diversos profissionais da A.B.

Espera-se que esta pesquisa venha a colaborar na superação das dificuldades enfrentadas pelos profissionais da atenção básica, levando-os a adotarem uma postura reflexiva e crítica, na perspectiva de promover uma melhor intervenção no idoso, bem como despertar uma reflexão sobre a formação dos profissionais da saúde em relação às práticas educacionais voltadas à pessoa idosa.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, F. O cuidado informal à pessoa idosa dependente em contexto domiciliário: necessidades educativas do cuidador principal. **Estudos em homenagem ao Professor Doutor Mário ...**, 2009.
- ARAÚJO, I.; PAUL, C.; MARTINS, M. Cuidar no paradigma da desinstitucionalização: A sustentabilidade do idoso dependente na família. **Revista de Enfermagem Referência**, v. III Série, n. nº 2, p. 45–53, 2010.
- BARATIERI, T.; MARCON, S.S. Longitudinalidade no trabalho do enfermeiro: Identificando Dificuldades e Perspectivas. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, 2012, jul-set; P. 549-557.
- BARDIN, L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 2014. 288p.
- BARROS, K.; BATISTA, C. Formação dos Profissionais de Saúde para o SUS : significado e cuidado Education of Health Professionals for the SUS : meaning and. p. 884–899, 2011.
- BRASIL. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2006, p. 192
- BRONDANI, C. M. et al. Caracterização de pacientes dependentes de tecnologias de um serviço de internação domiciliar. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 3, n. 0, p. 689–699, 2014.
- CAROLINA, A.; ANDRADE, V. DE; SORATTO, M. T. Planejamento das ações educativas pela equipe multiprofissional da Estratégia Saúde da Família Planning of Educational Actions by the Multidisciplinary Team of the Family Health Strategy. [s.d.].
- CARREIRA, L.; RODRIGUES, R. A. P. Dificuldades dos familiares de idosos portadores de doenças crônicas no acesso à Unidade Básica de Saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 63, n. 6, p. 933–999, 2010.
- CARVALHO, C. J. A. DE; ASSUNÇÃO, R. C. D.; BOCCHI, S. C. M. Percepção dos profissionais que atuam na Estratégia de Saúde da Família quanto à assistência prestada aos idosos: revisão integrativa da literatura. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 20, n. 4, p. 1307–1324, 2010.
- CARVALHO, V. DE et al. O PREPARO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA FAMÍLIA PARA O TRABALHO : A LACUNA ENTRE A FORMAÇÃO E A PRÁTICA PROFISSIONAL . A Estratégia Saúde da Família (ESF) foi implantada no Brasil em 1994 , 1997 , visando à reorganização do modelo assistencial de saúde . v. 10, p. 33–48, 2013.
- CASTRO, A. B. S. et al. Observatório Epidemiológico. n.2, ed.37, 2011. Disponível em <http://www.ceut.com.br/observatorio/edicao%2037.pdf> COMPETENCES, P. Competências Profissionais e o Processo de Formação na Residência Multiprofissional em Saúde da Família Professional Competences and the Training Process in a Multi-Professional Internship in Family Health. p. 814–827, 2011.

CERVERA, D. P. P.; PARREIRA, B. D. M.; GOULART, B. F. Educação em saúde: percepção dos enfermeiros da atenção básica em Uberaba (MG) ^ipt; Health education: perception of primary health care nurses in Uberaba, Minas Gerais State ^ien. **Ciênc.saúde coletiva**, v. 16, p. 1547–1554, 2011.

CNES. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES. Disponível em: <<http://cnes.datasus.gov.br/>>. Acesso em: 1set 2014.

COMPETENCES, P. Competências Profissionais e o Processo de Formação na Residência Multiprofissional em Saúde da Família Professional Competences and the Training Process in a Multi-Professional Internship in Family Health. p. 814–827, 2010.

COSTA, J. M. B. D. S.; SILVA, M. R. F.; CARVALHO, E. F. Avaliação da implantação da atenção à hipertensão arterial pelas equipes de Saúde da Família do município do Recife (PE , Brasil) The implementation analysis of the arterial hypertension care by the Family Health teams in Recife city (Pernambuco , Braz. **Ciencias e Saude Coletiva**, v. 16, n. 2, p. 623–633, 2011.

COUTINHO, A. T. et al. Integrality of care for the aged in the family health strategy: the vision of the team. **Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem**, v. 17, n. 4, p. 628–637, 2013.

DE ARAÚJO SOUZA, G. C.; DO CÉU CLARA COSTA, I. O SUS nos seus 20 anos: Reflexões num contexto de mudanças. **Saude e Sociedade**, v. 19, n. 3, p. 509–517, 2010.

DIAS, M. S. D. A. et al. Intersetorialidade e Estratégia Saúde da Família: tudo ou quase nada a ver? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 11, p. 4371–4382, 2014.

EN, L.; TRABAJO, E. L.; ENFERMERO, D. E. L. Longitudinalidade No Trabalho Do Enfermeiro : Identificando Dificuldades E Perspectivas De Longitudinality of Care in Nurses ' Practice : Identifying the Difficulties and Perspectives of Change Identificando Dificuldades Y Perspectivas De. v. 21, n. 3, p. 549–557, 2010.

FARIA, H. X. Uma Perspectiva de Análise sobre o Processo de Trabalho em Saúde : produção do cuidado e produção de sujeitos An Analysis Perspective on the Work Process in the Area of Health : the production of care and the production of subjects. p. 429–439, 2010.

FERNANDES, M. C. P.; BACKES, V. M. S. Educação em saúde: perspectivas de uma equipe da Estratégia Saúde da Família sob a óptica de Paulo Freire. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 63, n. 4, p. 567–573, 2010.

HAUSMANN, M.; PEDUZZI, M. Articulação entre as dimensões gerencial e assistencial do processo de trabalho do enfermeiro. **Texto e Contexto Enfermagem**, v. 18, n. 2, p. 258–265, 2009.

KANNO, N. D. P.; BELLODI, P. L.; TESS, B. H. Profissionais da estratégia saúde da família diante de demandas médico-sociais: Dificuldades e estratégias de enfrentamento. **Saude e Sociedade**, v. 21, n. 4, p. 884–894, 2012.

LACERDA, M. R.; GOMES, I. M. Strategies for Advances in the Home Care Practice. v. 15, n. 4, p. 609–615, 2010.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Fundamentos de metodologia científica**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2009.

LANCMAN, S.; BARROS, J. D. O. Estratégia de saúde da Família (ESF), Núcleo de apoio a saúde da família (NASF) e terapia ocupacional: problematizando as interfaces. **Revista ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v. 22, n. 3, p. 263–269, 2011.

MACIEL, S. et al. de apoio à saúde da família - NASF. v. 41, p. 117–122, 2015.

MARQUES, A. L. N. et al. Quality of life and working context of nursing professionals of the Family Health Strategy. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 16, n. 5, p. 672–681, 2015.

MEIRELES VC, Matsuda LM, Coimbra JAH, Mathias TAF. Características dos idosos em área de abrangência do Programa Saúde da Família na região noroeste do Paraná: contribuições para a gestão do cuidado em enfermagem. **Saúde Soc.** [online]. 2007, 16 (1): 69-80. ISSN

MINAYO, MCS; ASSIS, SG; Ramos de Souza E. Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2012.

MIRANZI, S. S. C. et al. Qualidade de vida de indivíduos com diabetes mellitus e hipertensão acompanhados por uma equipe de saúde da família. **Texto contexto - enferm.** ISSN 0104-0707, v.17, n.4, p. 672-679, 2008.

MORAIS, R. M.; COSTA, A. L.; GOMES, E. J. Information Systems Sus: a Historical Perspective and Policies of Computing and Information. **Nucleus**, v. 11, n. 1, p. 239–256, 2014.

MORETTI-PIRES, R. Complexidade em Saúde da Família e formação do futuro profissional de saúde. **Interface Comum Saúde Educ**, p. 153–166, 2009.

NASCIMENTO, D. DO; OLIVEIRA, M. A. D. C. Reflexões sobre as competências profissionais para o processo de trabalho nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. **O Mundo da Saúde, São Paulo**, v. 34, n. 1, p. 92–96, 2010.

OGATA, M. N. ET. A. 2009. , Maria Lúcia Teixeira Machado. v. 11, n. 4, 2009.

OHIRA, R. H. F.; CORDONI JUNIOR, L.; NUNES, E. D. F. P. D. A. Análise das práticas gerenciais na Atenção Primária à Saúde nos municípios de pequeno porte do norte do Paraná, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 11, p. 4439–4448, 2014.

OLIVEIRA, F. DE; SOUSA, S. ANÁLISE DAS ATRIBUIÇÕES DOS FONOAUDIÓLOGOS DO NASF EM MUNICÍPIOS DA REGIÃO METROPOLITANA. v. 15, n. 1, p. 153–159, 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Cuidados inovadores para as condições crônicas**: componentes estruturais de ação, relatório mundial. Brasília, 2003.

ONOCKO-CAMPOS, R. T. et al. Avaliação de estratégias inovadoras na organização da Atenção Primária à Saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 46, n. 1, p. 43–50, 2012.

PEDUZZI, M. et al. Atividades educativas de trabalhadores na atenção primária: Concepções de educação permanente e de educação continuada em saúde presentes no cotidiano de Unidades Básicas de saúde em São Paulo. **Interface: Communication, Health, Education**, v. 13, n. 30, p. 121–134, 2009.

PROCHET, T. C. et al. Afetividade no processo de cuidar do idoso na compreensão da enfermeira. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 46, n. 1, p. 96–102, 2012.

QUEIROZ, E. Trabalho de equipe em reabilitação : um estudo sobre a percepção individual e grupal dos profissionais de saúde 1 Teamwork in rehabilitation : a study about individual and group perceptions of health workers Trabajo de equipo en rehabilitación : un estudi. v. 19, n. 43, p. 177–187, 2009.

ROECKER, S.; MARCON, S. S. Educação em saúde na estratégia saúde da família: o significado e a práxis dos enfermeiros. **Escola Anna Nery**, v. 15, n. 4, p. 701–709, 2011.

SOUZA, C. M. S. et al. Adesão ao tratamento não farmacológico do paciente hipertenso assistido por um programa de hipertensão de um hospital municipal do Rio de Janeiro. **Revista Eletrônica Novo Enfoque**, v. 12, n. 12, p. 32–38, 2010.

TAVARES, D. M. S.; DIAS, F. A. Capacidade funcional, morbidades e qualidade de vida de idosos. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, Jan-Mar, v. 21, n.1, p.112–20. 2012. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n1/a13v21n1.pdf>

UESUGUI, H. M.; FAGUNDES, D. S.; PINHO, D. L. M. Perfil e grau de dependência de idosos e sobrecarga de seus cuidadores. **ACTA Paulista de Enfermagem**, v. 24, n. 5, p. 689–694, 2011.

VIANA DM, Araújo RS, Vieira RM, et al. A educação permanente em saúde na perspectiva do enfermeiro na estratégia saúde da família. **R Enferm. Cent. O. Min.** 2015 mai/ago; 5 (2): 1658-16668.

VIEGAS, S. M. D. F.; PENNA, C. M. D. M. O SUS é universal, mas vivemos de cotas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 1, p. 181–190, 2012.

APÊNDICES

APENDICE A – ROTEIRO DE QUESTIONÁRIO SOCIOECONÔMICO



PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

TÍTULO DA PESQUISA: ANÁLISE DAS AÇÕES EDUCATIVAS REALIZADAS POR
PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA NO CUIDADO COM A PESSOA IDOSA

Depoente nº: _____

Gênero: () Masculino () Feminino

Idade em anos, entre:

- () 20 -24
- () 25 – 29
- () 30 – 34
- () 35 – 39
- () 40 – 44
- () 45 – 49
- () 50 ou mais

Estado Civil

- () Solteiro(a)
- () Casado(a)
- () Viúvo(a)
- () Divorciado(a)
- () União estável

Formação Acadêmica: _____ Ano de Formação: _____

Pós-graduação:

Ano: _____ Área: _____
Ano: _____ Área: _____

Tempo de atuação na Atenção Básica: _____

Motivos da escolha profissional:

- () Identificação com a formação/vocação/realização profissional.
- () Realização financeira.
- () Ajudar as pessoas de acordo com a formação/atuação profissional.
- () Impossibilidade de escolher a formação profissional desejada.
- () Outros. Quais? _____

Realiza Atividades Educativas em saúde? _____ Há quanto tempo?

Já participou de alguma capacitação/ treinamento/ reunião sobre educação em saúde para idosos?

Não () Sim ().

Há quanto tempo: _____ Quem promoveu: _____

APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA



PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

TÍTULO DA PESQUISA: ANÁLISE DAS AÇÕES EDUCATIVAS REALIZADAS POR
PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA NO CUIDADO COM A PESSOA IDOSA

Depoente nº: _____

*Fale sobre a sua experiência (visão) quanto à educação em saúde para a pessoa idosa na
atenção básica?*

Roteiro temático: Conhecimento sobre educação em saúde (definição, importância, tipos de ações utilizadas, eficácia das ações educativas, público alvo); Ações propostas pela Atenção Básica para a educação em saúde; relação entre o profissional e os idosos atendidos; relação entre si como equipe executora; manejo das ações educativas; periodicidade dessas ações; facilidades e dificuldades para a realização dos trabalhos educativos em saúde; sugestões de melhoria e expectativas futuras.

APÊNDICE C - CARTA DE ENCAMINHAMENTO DE PROJETO DE PESQUISA

Teresina, _____ de _____ de 20 _____

Ilmo(a) Sr(a). **Theonas Gomes Pereira**

Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário UNINOVAFAPI

Cara Professora,

Envio-lhe o projeto de pesquisa intitulado: “**Análise das ações educativas realizadas por profissionais da atenção básica no cuidado com a pessoa idosa**”, acompanhado do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e a Declaração de Compromisso dos Pesquisadores, para a apreciação por esse Comitê.

Confirmo que todos os pesquisadores envolvidos nesta pesquisa realizaram a leitura e estão cientes do conteúdo normativo da **Resolução 466/12** do CNS, e de que as normas ali constantes devem ser cumpridas incondicionalmente.

Confirmo também:

1. Que esta pesquisa ainda não foi iniciada;
2. Que não há participação estrangeira nesta pesquisa;
3. Que comunicarei ao CEP/ UNINOVAFAPI os eventos adversos ocorridos com o participante da pesquisa;
4. Que apresentarei relatório parcial e final desta pesquisa ao CEP/ UNINOVAFAPI;
5. Que retirarei por minha própria conta os pareceres consubstanciados e os levarei a secretaria do CEP/ UNINOVAFAPI para serem assinados pelo (a) coordenador (a) do referido CEP.

Atenciosamente,

Pesquisador (a) Responsável

Nome: Fabrício Ibiapina Tapety

CPF: 395.909.173-72

Instituição: Centro Universitário Uninovafapi

Área: Saúde

Coordenação do Curso: Mestrado Profissional em Saúde da Família

Assinatura do Pesquisador Responsável

APÊNDICE D - DECLARAÇÃO DE COMPROMISSO DOS PESQUISADORES

Teresina, _____ de _____ de 20 ____.

Ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário UNINOVAFAPI

Eu, Fabrício Ibiapina Tapety, pesquisador responsável e Francisco Daniel Leal Sousa, pesquisador participante da pesquisa intitulada **“Análise das ações educativas realizadas por profissionais da atenção básica no cuidado com a pessoa idosa”**, declaro (amos) que:

1. Assumo (imos) o compromisso de cumprir os Termos da **Resolução nº 466/12**, do CNS.
2. Os materiais e os dados obtidos ao final da pesquisa serão arquivados sob a responsabilidade de Carmen Viana Ramos da área de Saúde do Centro Universitário UNINOVAFAPI, que também será responsável pelo descarte dos materiais e dados, caso os mesmos não sejam estocados ao final da pesquisa.
3. Não há qualquer acordo restritivo à divulgação pública dos resultados;
4. Os resultados da pesquisa serão tornados públicos através de publicações em periódicos científicos e/ou em encontros científicos, quer sejam favoráveis ou não, respeitando-se sempre a privacidade e os direitos individuais dos participantes da pesquisa;
5. O CEP/ UNINOVAFAPI será comunicado da suspensão ou do encerramento da pesquisa por meio de relatório circunstanciado apresentado anualmente ou na ocasião da suspensão ou do encerramento da pesquisa com a devida justificativa;
6. O CEP/ UNINOVAFAPI será imediatamente comunicado se ocorrerem efeitos adversos resultantes desta pesquisa com o participante da pesquisa;
7. Esta pesquisa ainda não foi realizada.

Fabrício Ibiapina Tapety
CPF:395.909.173-72
Pesquisador Responsável

Francisco Daniel Leal Sousa
CPF: 017.737.243-55
Pesquisador Participante

APÊNDICE E - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Prezado participante,

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa **“Análise das ações educativas realizadas por profissionais da atenção básica no cuidado com a pessoa idosa”**, desenvolvida pelo Professor Dr. **Fabício Ibiapina Tapety e por Francisco Daniel Leal Sousa**, discente do curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família, do Centro Universitário UNINOVAFAPI. O objetivo central do estudo é analisar as ações educativas realizadas pelos profissionais da atenção básica no cuidado com a pessoa idosa.

O convite a sua participação decorre da necessidade de analisar o desenvolvimento das ações educativas em saúde para a pessoa idosa, as dificuldades e outros fatores que influenciam na realização de tais atividades. Considerando que as ações de educação em saúde voltadas para o público idoso aparecem de forma insuficiente, foi observada em estudos recentes, uma baixa cobertura da população idosa contemplada por estas ações, esta pesquisa permitirá a adoção de medidas que visem o fortalecimento das práticas educativas em saúde para idosos. Dessa forma, sua participação é muito importante.

Sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória, e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. Você não será penalizado caso decida não participar da pesquisa ou, tendo aceitado, desistir desta. Serão garantidas a confidencialidade e a privacidade das informações por você prestadas. Não haverá divulgação de qualquer identificação nos resultados da pesquisa. A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar do pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo. Como toda pesquisa, há risco direto ou indireto de identificação do participante, porém todas as medidas serão tomadas para minimização deste risco. Neste sentido, para a preservação do anonimato e sigilo dos participantes do estudo a identificação será feita através de numeração.

Este é um estudo descritivo qualitativo, com profissionais de saúde da atenção básica no município, onde sua participação consistirá em responder perguntas de uma entrevista semiestruturada, aos pesquisadores do projeto. As entrevistas serão gravadas e transcritas na íntegra, para o estudo posterior e análise dos dados colhidos. A entrevista somente será gravada se houver autorização do entrevistado (a). Para a análise dos dados utilizar-se-á a análise de conteúdo do tipo temática, proposta por Bardin.

O tempo de duração da entrevista é de aproximadamente uma hora e do questionário de 15 minutos. As entrevistas serão transcritas e armazenadas, em arquivos digitais, mas somente terão acesso às estas a pesquisadora e sua orientadora. Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, por pelo menos cinco anos, conforme Resolução 466/12 e orientações do CEP/UNINOVAFAPI.

Como benefício direto possibilitaremos melhora da qualidade de assistência em saúde de idosos no município, através de práticas educativas mais focadas nos problemas que atingem a realidade local, além do desenvolvimento de um aplicativo de celular que conterà orientações e sugestões de ações educativas em saúde voltada para a pessoa idosa, de maneira sucinta, permitindo um acesso simples e rápido das informações essenciais para desenvolvimento do trabalho profissional. De forma indireta outros benefícios, mesmo que não imediatos, surgirão

através da aquisição de conhecimentos relacionados à saúde da pessoa idosa, e redução das dificuldades de realização das ações educativas, e isso poderá otimizar e facilitar o trabalho dos profissionais de saúde, permitindo o alcance dos objetivos propostos.

A pesquisa oferece riscos mínimos para os participantes, pois a realização da entrevista pode ocasionar desconforto para os mesmos pela possibilidade de haver constrangimento relacionado às perguntas que serão realizadas. Neste sentido, esta pesquisa busca minimizar o máximo esses riscos deixando o participante em um estado de conforto no momento da entrevista, sendo destinada uma sala adequada para a coleta dos dados onde só estará presente o entrevistado e o pesquisador, de forma que não haja desconforto para os participantes, seguindo todas as considerações éticas citadas na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. As entrevistas serão realizadas em local privativo para não haja exposição dos participantes, que terão seu anonimato assegurado, e serão esclarecidos quanto ao direito de retirar o consentimento a qualquer tempo sem qualquer ônus. Neste sentido, para a preservação do anonimato e sigilo dos participantes do estudo, como dito anteriormente, a identificação utilizada será depoentes nº_. Ressalta-se que os participantes da pesquisa que vierem a sofrer qualquer tipo de dano previsto ou não no termo de consentimento e resultante de sua participação no estudo, além do direito à assistência integral, têm direito à indenização, conforme itens III.2.0, IV.4.c, V.3, V.5 e V.6 da Resolução CNS 466/12.

Os resultados finais desta pesquisa ainda irão contribuir para o meio científico, pois serão divulgados ao público por meio de revistas científicas, fortalecendo deste modo, a construção de novas informações e produzindo maior visibilidade quanto à educação em saúde voltada para a pessoa idosa na saúde pública.

Caso aceite participar do estudo, assinarão duas vias (uma do próprio participante e outra do pesquisador responsável) do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Todas as páginas estão rubricadas pelo participante da pesquisa e pelo pesquisador responsável (ou pessoa por ele delegada e sob sua responsabilidade), com ambas as assinaturas apostas na última página. Durante todas as etapas do estudo todos os pesquisadores respeitarão impreterivelmente a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde que trata da ética de pesquisas que incluem, sejam de forma direta ou indiretamente os seres humanos.

O estudo tem como pesquisadores responsáveis a Prof Dr. Fabrício Ibiapina Tapety e o mestrando Francisco Daniel Leal Sousa, com endereço profissional situado na Rua Vitorino Orthiges Fernandes, número 6123, Bairro: Uruguai, CEP: 64073-505 e-mail: ftapety@uninovafapi.edu.br; danielleal_@hotmail.com, telefone para contato: 3236-5279.

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do UNINOVAFAPI, no endereço: Rua Vitorino Orthiges Fernandes, 6123 – Uruguai, CEP: 64073-505 - Teresina – Piauí, Tel - (086) 2106-0738, e-mail: cep@uninovafapi.edu.br. O Comitê de Ética em Pesquisa é a instância que tem por objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Dessa forma o comitê tem o papel de avaliar e monitorar o andamento do projeto de modo que a pesquisa respeite os princípios éticos de proteção aos direitos humanos, da dignidade, da autonomia, da não maleficência, da confidencialidade e da privacidade.

Fabício Ibiapina Tapety
CPF: 395.909.173-72

Francisco Daniel Leal Sousa
CPF: 017.737.243-55

Fabício Ibiapina Tapety: _____ e-mail: ftapety@uninovafapi.edu.br

Alto Longá, _____ de _____ de 2015.

Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

(Assinatura do participante da pesquisa)

Nome legível do participante:
RG e CPF:

ANEXOS

DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO COPARTICIPANTE

77

DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO COPARTICIPANTE



PREFEITURA DE
ALTO LONGÁ
MAIS TRABALHO, MAIS AÇÃO.

Prefeitura de Alto Longá
Secretaria Municipal de
Saúde

Declaro estar ciente que o Projeto de Pesquisa “ANÁLISE DAS AÇÕES EDUCATIVAS REALIZADAS POR PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA NO CUIDADO COM A PESSOA IDOSA” será avaliado por um Comitê de Ética em Pesquisa do sistema CEP/CONEP e concordar com o parecer ético emitido por este CEP, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a **Resolução CNS 466/12**. Esta Instituição está ciente de suas corresponsabilidades como instituição co-participante do presente Protocolo de Pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos participantes da pesquisa nela recrutados dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança. Autorizo os (as) pesquisadores (as) **Fabício Ibiapina Tapety e Francisco Daniel Leal Sousa** realizarem a(s) etapa(s) de entrevistas com profissionais de saúde desta secretaria, utilizando-se da infraestrutura desta Instituição.

Alto Longá, 09 de setembro de 2015.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - ALTO LONGÁ - PI
.....
Secretaria Municipal de Saúde - Luciane Leal Sousa
COREN-PI 126340

Luciane Leal Sousa
Secretária de Saúde de Alto Longá - PI

NORMAS DA REVISTA SAÚDE E SOCIEDADE

CAPA SOBRE ACESSO PESQUISA ATUAL ANTERIORES SUBMISSÃO ONLINE	
Capa > Sobre a revista > Submissões	
Submissões - Submissões Online - Diretrizes para Autores - Política de Privacidade Submissões Online Já possui um login/senha de acesso à revista Saúde e Sociedade? ACESSO Não tem login/senha? ACESSO A PAGINA DE CADASTRO O cadastro no sistema e posterior acesso, por meio de login e senha, são obrigatórios para a submissão de trabalhos, bem como para acompanhar o processo editorial em curso.	
Introdução para Autores Forma e preparação de manuscritos Formato: Papel tamanho A4, margens de 2,5 cm, espaço 1,5, letra Times New Roman 12. Número máximo de páginas: 20 (incluindo ilustrações e referências bibliográficas). Estrutura Título: Conciso e informativo. Na língua original e em inglês. Incluir como nota de rodapé a fonte de financiamento da pesquisa. Nome e endereço do(s) autor(es): todos devem informar maior grau acadêmico; cargo; afiliação institucional; endereço completo incluindo rua, cidade, CEP, estado, país, e-mail. Resumos: Devem refletir os aspectos fundamentais dos trabalhos, com no mínimo 150 palavras e no máximo 250, incluindo objetivos, procedimentos metodológicos e resultados. Devem preceder o texto e estar na língua do texto e em inglês (abstrato). Palavras-chave: De 3 a 6, na língua do texto e em inglês, apresentados após o resumo. Consulte o DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) e/ou o Sociológico Abstrato. Gráficos e tabelas: Os gráficos e tabelas devem ser apresentados em seus programas originais (por exemplo, em Excel: arquivos.xls), devidamente identificados, em escala de cinza. Imagens: As imagens (figuras e fotografias) devem ser fornecidas em alta resolução (300 dpi), em JPG ou TIF, com no mínimo 8 cm de largura. Citações de texto: Devem ser feitas pelo sobrenome do autor (letra minúscula), ano de publicação e número de página quando a citação for literal, correspondendo às respectivas referências bibliográficas. Quando houver mais de dois autores, deve ser citado o primeiro, seguido de "et al". Referências Os autores são responsáveis pela exatidão das referências bibliográficas citadas no texto. As referências deverão seguir as normas da ABNT NBR 6023, serem apresentadas ao final do trabalho e ordenadas alfabeticamente pelo sobrenome do primeiro autor. A seguir alguns exemplos (mais detalhes no site da revista): • Livro MENAYO, M. C. de S.; e DESANDRES, S. F. (Org.). Caminhos do pensamento: epistemologia e método. Rio de Janeiro: Focuz, 2002. • Capítulo de livro GOTTLIEB, S. L. D.; LAURENTI, R.; MELLO JORGE, M. H. P. Crianças, adolescentes e jovens do Brasil no fim do século XX. In: WESTPHAL, M. F. Violência e criança. São Paulo: EDUSP, 2002. p. 45-72. • Artigo de Periódico TEIXEIRA, J. J. V.; LEFÈVRE, F. A prescrição de medicamentos sob a ótica do paciente idoso. Revista de Saúde Pública, São Paulo, v.35, n.2, p. 207-213, abr. 2001. • Tese LIMA, R. T. Condições de nascimento e desigualdade social. São Paulo, 2001. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 2001. • Documentos Eletrônicos SALES, A. C. C. L. Conversando sobre educação sexual. Disponível em: <http://www.violenciaesexual.org/textos/pdf/conversando_ed_sexual_ang_carla.pdf>. Acesso em: 12 jun. 2003. Envio de manuscritos Os manuscritos são submetidos online, através da plataforma Scielo: http://submissao.scielo.br/index.php/scielo/login	
Condições para submissão Como parte do processo de submissão, os autores são obrigados a verificar a conformidade da submissão em relação a todos os itens listados a seguir. As submissões que não estiverem de acordo com as normas serão devolvidas aos autores. 1. A contribuição é original e inédita, e não está sendo avaliada para publicação por outra revista; caso contrário, deve-se justificar em "Comentários ao editor". 2. O arquivo da submissão está em formato Microsoft Word, OpenOffice ou RTF. 3. Única para as referências foram informadas quando possível. 4. O texto está em espaço simples; usa uma fonte de 12 pontos; emprega itálico em vez de sublinhado (exceto em endereços URL); as figuras e tabelas estão inseridas no texto, não no final do documento na forma de anexos. 5. O texto segue os padrões de estilo e requisitos bibliográficos descritos em Diretrizes para Autores, na página Sobre a Revista. 6. Em caso de submissão a uma seção com avaliação pelos pares (ex.: artigos), as interrupções disponíveis em Aguardando a avaliação pelos pares ou Aguardando a avaliação pelos pares foram seguidas.	
Política de Privacidade Os nomes e endereços informados nesta revista serão usados exclusivamente para os serviços prestados por esta publicação, não sendo disponibilizados para outras finalidades ou a terceiros.	
ISSN: 1984-0470	

LÍNGUA

CONTEÚDO DA REVISTA

Pesquisa

Escopo de Busca

Todos

[Pesquisar](#)

Procurar:

- Por Edição
- Por Autor
- Por Título
- Outras revistas

USUÁRIO

Login

Senha

☐ Lembrar usuário

[Acessar](#)

TAMANHO DE FONTE

11 # 11

NOTIFICAÇÕES

- Visualizar
- Assinar

CARTA DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA

FACULDADE DE SAÚDE,
CIÊNCIAS HUMANAS E
TECNOLOGICAS DO PIAUÍ -



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ANÁLISE DAS AÇÕES EDUCATIVAS REALIZADAS POR PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA NO CUIDADO COM A PESSOA IDOSA

Pesquisador: Fabricio Ibiapina Tapety

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 49510015.7.0000.5210

Instituição Proponente: SOCIEDADE DE ENSINO SUPERIOR E TECNOLÓGICO DO PIAUÍ LTDA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.265.827

Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma pesquisa de campo descritiva, com abordagem qualitativa. A pesquisa será desenvolvida nas unidades de saúde da atenção básica Estratégia Saúde da Família e Núcleo de Apoio à Saúde da Família do município de Alto Longá situado no Estado do Piauí. A ESF é composta por médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Além dos profissionais odontólogos e seus técnicos em saúde bucal que compõem a estratégia de saúde bucal. Já o Nasf é composto por 2 fisioterapeutas, psicólogos, nutricionista e educador físico. Para o estudo, serão coletados os dados de todos os profissionais de nível superior que compõem a Atenção Básica do município de Alto Longá – PI. Os dados serão coletados através de entrevista semi-estruturada. Para a análise dos dados será utilizada a técnica de análise de conteúdo do tipo temática, proposta por Bardin.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Geral:

Analisar as ações educativas realizadas pelos profissionais da atenção básica no cuidado com a pessoa idosa.

Objetivos Específicos: Conhecer o perfil socioeconômico dos profissionais da Atenção Básica.

Endereço: Rua Vitorino Orthiges Fernandes, 6123

Bairro: Bairro do Uruguai

CEP: 64.073-505

UF: PI

Município: TERESINA

Telefone: (86)2106-0738

Fax: (86)2106-0740

E-mail: cep@uninovafapi.edu.br

FACULDADE DE SAÚDE,
CIÊNCIAS HUMANAS E
TECNOLOGICAS DO PIAUÍ -



Continuação do Parecer 1.265.827

Apontar os principais métodos e técnicas de educação em saúde que são utilizados por esses profissionais durante atendimento à pessoa idosa. Verificar se os profissionais trabalham ações educativas com cuidadores e familiares. Determinar o tipo de abordagem que é utilizada no processo de educação em saúde para idosos. Verificar se existe uma interação entre os dois eixos de atuação na atenção básica. Conhecer as principais dificuldades encontradas por esses profissionais para a realização das ações educativas em saúde para idosos. Elaborar como produto um aplicativo de celular que venha trazer informações sobre os cuidados com a saúde da pessoa idosa, além de métodos e técnicas educativas de promoção da saúde para esse grupo populacional.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos e benefícios foram relatados conforme item V da Res. 466/12 do CNS.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Estudo relevante e de grande utilidade pública principalmente para a população em questão.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos foram apresentados.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto de pesquisa atende na íntegra a resolução 466/12 do CNS, portanto está aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_591321.pdf	24/09/2015 11:40:08		Aceito
Outros	Lattesfabricao.docx	24/09/2015 11:36:56	Fabricio Ibiapina Tapety	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projetototal.docx	15/09/2015 18:11:30	Francisco Daniel Leal Sousa	Aceito
Outros	cartadeencam_unf.pdf	15/09/2015 18:10:23	Francisco Daniel Leal Sousa	Aceito
Outros	perilsocioeconomico_unf.pdf	15/09/2015 18:09:01	Francisco Daniel Leal Sousa	Aceito

Endereço: Rua Vitorino Orthiges Fernandes, 6123

Bairro: Bairro do Uruguai

CEP: 64.073-505

UF: PI

Município: TERESINA

Telefone: (86)2106-0738

Fax: (86)2106-0740

E-mail: cep@uninovafapi.edu.br

FACULDADE DE SAÚDE,
CIÊNCIAS HUMANAS E
TECNOLOGICAS DO PIAUÍ -



Continuação do Parecer: 1 265 827

Outros	questaonorteadora_unf.pdf	15/09/2015 18:07:56	Francisco Daniel Leal Sousa	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle_unf.pdf	15/09/2015 17:46:01	Francisco Daniel Leal Sousa	Aceito
Declaração de Pesquisadores	deccompromisso_unf.pdf	15/09/2015 17:44:36	Francisco Daniel Leal Sousa	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	decmunipal_unf.pdf	15/09/2015 17:43:23	Francisco Daniel Leal Sousa	Aceito
Folha de Rosto	DANIEL_FOLHADEROSTO.pdf	15/09/2015 17:40:16	Francisco Daniel Leal Sousa	Aceito

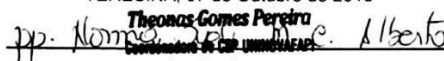
Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

TERESINA, 07 de Outubro de 2015

pp. Nome, Sobrenome e Assinatura


Assinado por:
Theonias Gomes Pereira
(Coordenador)

Endereço: Rua Vitorino Orthiges Fernandes, 6123

Bairro: Bairro do Uruguai

CEP: 64.073-505

UF: PI

Município: TERESINA

Telefone: (86)2106-0738

Fax: (86)2106-0740

E-mail: cep@uninovafapi.edu.br