

UNIVERSIDADE FEDERAL DE OURO PRETO
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM MEDICINA
RESIDÊNCIA MÉDICA EM MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE

MANAINYAVEZANI MIRANDA CARRILHO

O CUIDADO DA PESSOA IDOSA: O INDIVÍDUO, A FAMÍLIA E A COMUNIDADE
– QUANDO O SABER SE CONSTRÓI COM OS OUTROS, SOBRE OS OUTROS, E
ENTRE SI

INTERVENÇÃO EM EDUCAÇÃO EM SAÚDE SOBRE O CUIDADO DA PESSOA
IDOSA NO TRABALHO EM EQUIPE DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA FLOR
DE LIZ

OURO PRETO

2021

MANAINYAVEZANI MIRANDA CARRILHO

**O CUIDADO DA PESSOA IDOSA: O INDIVÍDUO, A FAMÍLIA E A COMUNIDADE
– QUANDO O SABER SE CONSTRÓI COM OS OUTROS, SOBRE OS OUTROS, E
ENTRE SI**

INTERVENÇÃO EM EDUCAÇÃO EM SAÚDE SOBRE O CUIDADO DA PESSOA
IDOSA NO TRABALHO EM EQUIPE DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA FLOR
DE LIZ

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado ao
Programa de Pós-Graduação em Medicina de Família e
Comunidade da Universidade Federal de Ouro Preto – UFOP,
como pré-requisito para obtenção do título de especialista em
medicina de família e comunidade

Orientadora: Luara Brandão Viveiros e como

Coorientador: Prof. Gustavo Labanca Valadares

OURO PRETO

2021

SISBIN - SISTEMA DE BIBLIOTECAS E INFORMAÇÃO

C317o Carrilho, Manainy Avezani Miranda .

O cuidado da pessoa idosa: o indivíduo, a família e a comunidade – quando o saber se constrói com os outros, sobre os outros, e entre si [manuscrito]: intervenção em educação em saúde sobre o cuidado da pessoa idosa no trabalho em equipe da estratégia saúde da família flor de liz. / Manainy Avezani Miranda Carrilho. - 2021.

33 f.: il.: tab..

Orientadora: Esp. Luara Brandão Viveiros.

Coorientador: Prof. Me. Gustavo Labanca Valadares.

Produção Científica (Especialização). Universidade Federal de Ouro Preto. Escola de Medicina.

1. Educação interprofissional. 2. Equipes de trabalho. 3. Idoso-saúde. I. Valadares, Gustavo Labanca . II. Viveiros, Luara Brandão . III. Universidade Federal de Ouro Preto. IV. Título.

CDU

Bibliotecário(a) Responsável: Angela Maria Raimundo - SIAPE: 1.644.803



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE OURO PRETO
REITORIA
ESCOLA DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA DE FAMÍLIA, SAÚDE MENTAL E COLETIVA



FOLHA DE APROVAÇÃO

Manainy Avezani Miranda Carrilho

O cuidado da pessoa idosa: o indivíduo, a família e a comunidade – quando o saber se constrói com os outros, sobre os outros, e entre si; intervenção em educação em saúde sobre o cuidado da pessoa idosa no trabalho em equipe da estratégia saúde da família Flor de Liz

Monografia apresentada ao Curso de Residência Médica de Medicina de Família e Comunidade da Universidade Federal de Ouro Preto como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Medicina de Família e Comunidade

Aprovada em 22 de fevereiro de 2021

Membros da banca

Luara Brandão Viveiros, Médica de Família e Comunidade (orientadora) - Preceptora do Programa de Residência Médica de Medicina de Família e Comunidade
Marília Faleiro Malaguth Mendonça, Médica de Família e Comunidade -
Universidade Federal de Minas Gerais
Miguel Arcangelo Serpa, Enfermeiro de Família e Comunidade - Uni-BH

Luara Brandão Viveiros, orientadora do trabalho, aprovou a versão final e autorizou seu depósito na Biblioteca Digital de Trabalhos de Conclusão de Curso da UFOP em 21/09/2021



Documento assinado eletronicamente por **Gustavo Valadares Labanca Reis, PROFESSOR DE MAGISTERIO SUPERIOR**, em 13/10/2021, às 10:11, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.ufop.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0231800** e o código CRC **C772F8C2**.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho, com muito carinho, a todas as pessoas idosas, em especial às da comunidade do Padre Faria, para que possam se sentir mais vivas, humanas e funcionais nesta fase de vida tão inspiradora e desafiadora ao mesmo tempo.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, à equipe de estratégia saúde da família, Flor de Liz, pela oportunidade de dividir o mesmo espaço de local de trabalho na atenção primária à saúde e à honra de fazer parte de uma equipe que busca, a cada dia, realizar um trabalho gratificante e diferencial à comunidade do Padre Faria de Ouro Preto.

Agradeço à minha orientadora, Luara, pela paciência, dedicação e ensinamentos que possibilitaram a realização deste trabalho.

Agradeço à Viviane e ao Vinícius, tutores do PET-Saúde e parceiros deste trabalho, pelo convívio, apoio, incentivo e dedicação diária à concretização deste projeto.

Agradeço ao Arthur, meu companheiro, pela disponibilidade em acolher, amorosamente, os meus desafios durante essa jornada e pelo auxílio em ressignificá-los como oportunidades de crescimento.

Honro e agradeço às minhas origens, pai, Wilson, e mãe, Maria, aos momentos de criação da minha pessoa com valores que prezo em carregar comigo como a humildade, a alegria, o respeito e o cuidado com o outro e consigo mesma.

Agradeço e celebro o compartilhar durante a minha jornada de residente de medicina de família e comunidade da UFOP a presença de pessoas incríveis na figura de professores, preceptores, coordenadores, colegas residentes, estagiários, internos, profissionais da rede de saúde de Ouro Preto, pacientes, amigos, amigas, famílias e comunidades. Todos foram e são essenciais para a construção da pessoa médica e pessoa humana que sou, ao me permitir, a cada novo encontro, uma nova celebração da vida.

Por fim, agradeço a Deus, pela energia divina da criação, pela oportunidade dos encontros fornecidos pelo Universo, e pela capacidade de se maravilhar e saudar a Vida no relacionar com o outro e, assim, sentir-se pertencente ao todo.

TECENDO A MANHÃ

"Um galo sozinho não tece a manhã:
ele precisará sempre de outros galos.
De um que apanhe esse grito que ele
e o lance a outro: de outro galo
que apanhe o grito que um galo antes
e o lance a outro; e de outros galos
que com muitos outros galos se cruzam
os fios de sol de seus gritos de galo
para que a manhã, desde uma tela tênue,
se vá tecendo, entre todos os galos.

E se encorpando em tela, entre todos,
se erguendo tenda, onde entrem todos,
se entretendendo para todos, no toldo
(a manhã) que plana livre de armação.
A manhã, toldo de um tecido tão aéreo
que, tecido, se eleva por si: luz balão".

João Cabral de Melo Neto

RESUMO

Introdução. Um dos marcos geopolíticos de maior relevância vivenciado pelo Brasil no decorrer do novo milênio foi o início do processo de envelhecimento da população brasileira. Esse momento traz responsabilidades às redes de atenção à saúde, pois, há maior prevalência de doenças crônicas e incapacidades funcionais. Felizmente, o Ministério da Saúde compreende esse cenário como um desafio a ser superado pelo SUS. Assim, elaborou a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, em 2007, e, a partir disso, este instrumento é entregue às equipes da Estratégia de Saúde da Família. Assim, a confluência desses pontos foi a base de estudos necessária para o início deste estudo. Logo, foi feita Intervenção em educação permanente em saúde da equipe de profissionais da saúde da ESF Flor de Liz, na UAPS do Padre Faria, região urbana da cidade de Ouro Preto. Além disso, este projeto foi feito em parceria com PET-SAÚDE-Interprofissionalidade 2019-2021. **Objetivos.** Capacitar a equipe ao cuidado da pessoa idosa. Destaca-se capacitar ao uso da caderneta de saúde da pessoa idosa e empoderar a equipe no quesito de resolutividade dos problemas vivenciados pelas pessoas idosas da comunidade de forma conjunta e potencializadora da educação interprofissional. **Métodos dos encontros.** Foram, ao total, oito encontros, as temáticas foram as seguintes: apresentação da caderneta de saúde da pessoa idosa; exposição do filme “antes de partir”; dinâmica “o que fazer antes de morrer” de reflexão sobre a finitude da vida; determinantes pessoais e sociais de saúde e o ciclo de vida da pessoa idosa; prevenção de quedas em idosos com exercícios físicos; atividades de vida diária do idoso: básica, instrumental e avançadas; a saúde da pessoa idosa sob a perspectiva da Nutrição e da Assistência Social e usuários hiperutilizadores do sistema. Por fim, houve um encontro para fechamento, retrospectiva e devolutivas do projeto. **Resultados.** Pela maioria, o momento mais lembrado foi a dinâmica “o que fazer antes de morrer”, pois gerou sensações, emoções e reflexões. Os pontos fortes, por sua vez, baseiam-se, principalmente, na metodologia ativa adotada. As participantes gostaram da forma como foram trabalhados os temas, com dinamismo, fluidez, leveza e interatividade. Além disso, os profissionais presentes ficaram satisfeitos com a capacitação ter utilizado a caderneta de saúde da pessoa idosa como instrumento de trabalho. **Impressões e Discussão.** O fortalecimento e o estreitamento dos laços afetivos e de confiança proporcionados durante a capacitação podem ter reflexos positivos futuros na potencialização do trabalho em grupo entre os membros da equipe, pois, observa-se que a convivência auxiliou o diálogo e o encontro de saberes e das pessoas. **Considerações finais.** Mais encontros são necessários para considerar o tema como amplamente seguro e de conhecimento geral dos participantes. Portanto, faz-se necessária a continuação de programas de intervenção em educação em saúde para que ela se torne, de fato, permanente e parte essencial nas reuniões de equipe das estratégias de saúde da família.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	09
2. JUSTIFICATIVA	11
3. OBJETIVOS	13
3.1. OBJETIVO GERAL	13
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	13
4. REVISÃO DE LITERATURA.....	14
4.1 O MODELO MULTIDIMENSIONAL DA SAÚDE DO IDOSO E O CONCEITO DE FRAGILIDADE MULTIDIMENSIONAL.....	14
4.2 AVALIAÇÃO DA FUNCIONALIDADE PELAS ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA.....	17
4.3 USUÁRIOS HIPERUTILIZADORES DO SISTEMA.....	19
5. MÉTODOS	20
5.1. CRONOGRAMA	20
5.2 O PROCESSO DE DEFINIÇÃO DO PROBLEMA.....	20
5.3 O PROBLEMA.....	20
5.4 ASPECTOS ÉTICOS.....	21
5.5 OS INTEGRANTES DO GRUPO DA CAPACITAÇÃO.....	21
5.6 LOGÍSTICA DOS ENCONTROS.....	21
5.7 AGENDA DOS ENCONTROS.....	22
5.8 ESTRUTURA PEDAGÓGICA DA ABORDAGEM DOS ENCONTROS	22
5.9 DETALHAMENTO DAS ATIVIDADES EDUCATIVAS DA INTERVENÇÃO.....	23
5.10 INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO.....	25
6. RESULTADOS.....	26
7. IMPRESSÕES E DISCUSSÃO.....	28
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	32
9. REFERÊNCIAS	33

1. INTRODUÇÃO

Um dos marcos geopolíticos de maior relevância vivenciado pelo Brasil no decorrer do novo milênio foi o alargamento do ápice de sua pirâmide etária, dando início ao processo de envelhecimento da população brasileira. Porém, esse momento traz responsabilidades às redes de atenção à saúde, pois, há maior prevalência de doenças crônicas e incapacidades funcionais. (BRASIL, 2018) Logo, urge a implementação de políticas públicas nesta área e o preparo dos profissionais de saúde para o atendimento de qualidade à saúde da pessoa idosa.

Nesse sentido, a longevidade se tornou uma realidade no ambiente social atual, todavia, vale ressaltar que essa conquista ainda não é sinônimo de qualidade de vida. Para que isso venha a acontecer há obstáculos substantivos, felizmente, o Ministério da Saúde compreende esse cenário como um desafio a ser superado pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Assim, ele elaborou a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, em 2007, e, a partir disso, este instrumento é entregue às Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde com a implantação, majoritariamente, nas equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF).

A Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa permite conhecer as necessidades de saúde dessa população atendida na atenção básica, por meio do registro de informações sobre dados pessoais, sociais e familiares, condições de saúde e hábitos de vida, além de identificação de vulnerabilidades e orientações de autocuidado. A caderneta permite o acompanhamento, pelo período de cinco anos, e pode ser usada pelas equipes de saúde, pessoas idosas, familiares e cuidadores. (BRASIL, 2018)

Assim, a confluência - entre o cenário atual de envelhecimento populacional e o instrumento palpável da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa - foi a base de estudos necessária para o início deste estudo. Logo, o veículo escolhido para o desenrolar deste Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) foi por meio de projeto de Intervenção de cunho ao desenvolvimento de ação de educação permanente em saúde da equipe de profissionais da saúde de Estratégia Saúde da Família (ESF), Flor de Liz, na Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS) do Padre Faria, em região urbana da cidade de Ouro Preto, onde também atua como um campo de estágio ao programa de residência médica de Medicina de Família e Comunidade (MFC) da Universidade Federal de Ouro Preto (UFOP).

Por este trabalho ser também embasado nos princípios da Medicina de Família e Comunidade, o caráter trabalho em equipe e a abordagem centrada na pessoa fazem-se profundamente presentes. A ação de educação permanente em saúde, por sua vez, não poderia ter sido feita de outra forma a não ser pela pedagogia relacional do Construtivismo. Segundo essa teoria, os educandos são entendidos como sujeitos que constroem conhecimentos de forma ativa, e o educador, como aquele que atua como facilitador e mediador entre sujeito e objeto. (BECKER F. 2012) Vale ressaltar, portanto, o papel da reflexão sobre a prática do trabalho cotidiano na atenção à saúde como elemento ímpar à promoção de aprendizagens significativas e uma consciência crítica com potencial de pulsão à transformação de si mesmo e das próprias práticas profissionais.

Outro elemento chave à realização deste projeto foi a equipe do PET-SAÚDE (Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde) com a participação de tutores, preceptores (profissionais do serviço) e estudantes de graduação da área da saúde da UFOP (Universidade

Federal de Ouro Preto). Portanto, este projeto foi feito em parceria ao Projeto PET-SAÚDE-Interprofissionalidade 2019-2021.

Nessa linha de raciocínio, vale ressaltar, a temática da Educação Interprofissional em Saúde. O estudioso Nildo Batista, nesse contexto, declara a integração como crucial na elaboração de projetos afins a este: “integração entendida numa perspectiva de novas interações no trabalho em equipe interprofissional, de troca de experiências e saberes e posição de respeito à diversidade, possibilitando-se, com isso, a cooperação para o exercício de práticas transformadoras, parcerias na construção de projetos e exercício permanente do diálogo.” Nesse contexto, o papel da equipe interprofissional que esteve presente na intervenção, nas figuras de farmacêutico, nutricionista e assistente social, além da equipe básica de saúde da ESF, foi essencial para a troca de experiências e reflexões, feita por meio da cooperação entre os profissionais.

Por fim, é importante apresentar o local onde o projeto ocorreu: trata-se da Unidade Básica de Saúde (UBS) do Padre Faria que abrange os bairros Alto da Cruz, Padre Faria, Taquaral e Caminho da Fábrica da zona urbana do município de Ouro Preto, Minas Gerais. A população adstrita, por sua vez, é por volta de 5 mil pessoas, com cerca de 340 idosos a partir de 65 anos.

2. JUSTIFICATIVA

“A educação interprofissional é um passo importante da força de trabalho de saúde ‘colaborativa preparada para a prática’, para que esteja mais bem preparada para responder às necessidades de saúde locais. (...) A prática colaborativa acontece quando vários profissionais de saúde com diferentes experiências profissionais trabalham com pacientes, famílias, cuidadores e comunidades para prestar assistência da mais alta qualidade. Ela permite que os profissionais de saúde integrem qualquer indivíduo cujas habilidades possam auxiliar na conquista dos objetivos de saúde locais. Os líderes da saúde que optam por contextualizar, comprometer e defender a educação interprofissional e a prática colaborativa posicionam seu sistema de saúde de forma a facilitar a conquista dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) relacionados à saúde.” (Organização Mundial de Saúde, OMS, Marco para Ação em Educação Interprofissional e Prática Colaborativa, 2010)

Com este pronunciamento da OMS, verifica-se a verdadeira importância que a capacitação dos profissionais de saúde em força de trabalho colaborativa preparada para a prática da realidade situacional inserida faz-se necessária. Nesse contexto, os funcionários trabalham juntos, de forma articulada e coesa, para prestar serviços de saúde abrangentes, que, no contexto da atenção primária no Brasil, faz-se nas equipes de saúde da família no território das comunidades. Logo, são nesses locais que podem ser feitos avanços significativos em direção a um sistema único de saúde fortalecido.

Nesse prisma, vale lembrar que, infelizmente, o cenário mais comum encontrado nas realidades das Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS) ainda é o modelo biomédico. Logo, observa-se a prática profissional centrada na doença, com sistema de saúde fragmentado e focado nas especialidades. Nesse sentido, é corriqueiro observar pessoas que compartilham o mesmo local de trabalho, porém, não compartilham cuidados ou saberes. Assim, ocorre, principalmente, a subutilização da potencialidade do relacional como estratégia de trabalho em equipe. Portanto, a subutilização da potencialidade do relacional como estratégia do trabalho em equipe impede de alcançar a meta de equipe transdisciplinar e colaborativa.

Destarte, para superar o antigo paradigma e alcançar a articulação coesa, ordenada e colaborativa do trabalho em equipe da estratégia saúde da família, urge criar espaços protegidos em que todos tenham oportunidades de aprender sobre os outros, com os outros e entre si. Assim, segundo a OMS, a educação interprofissional efetiva promove o respeito entre os profissionais de saúde, elimina estereótipos prejudiciais e evoca a prática da ética focada no paciente.

Logo, a intervenção, com metodologia ativa da pedagogia construtiva, tem como uma das metas conduzir os trabalhadores de saúde da equipe Flor de Liz a perpassarem pela transformação, valorização e reflexão dos processos de trabalho no saber em que interagem uns com os outros para prestar a assistência em saúde. Nesse sentido, este trabalho vai de encontro aos princípios do SUS universal, equânime e integral.

O tema da ação de educação permanente em saúde, escolhido pelo grupo em conjunto, por sua vez, possui também relevâncias. Trata-se de uma realidade vivenciada na nossa sociedade atual: o envelhecimento e os desafios que ele implica ao sistema de saúde em relação ao cuidado à atenção da saúde dessa parcela da população.

Infelizmente, na atualidade, a velhice é um dos grandes estigmas à sociedade. Assim, essa fase natural do ciclo da vida pode encontrar preconceitos e obstáculos. Consequentemente, à medida que o meio social não consegue valorizar o idoso para lhe proporcionar um ambiente saudável e motivador, o envelhecimento se torna ainda mais difícil para a pessoa idosa e para os demais membros da comunidade. Assim, urge a luta para a mudança desse pensar para que aquele que envelhece possa se sentir um ser pertencente e importante para a memória, construção, consolidação e manutenção da teia social.

Assim, é necessário estar atento ao que o outro traz para contar para que a dimensão do que é envelhecer e da vida faça sentido, pois todos vivenciam esse processo natural do ciclo da vida. Portanto, não só a escuta do sujeito em estudo – o idoso – é importante, mas também a escuta da fala dos profissionais de saúde atuantes na aprendizagem crítica-reflexiva. Esse ato é possível quando se valoriza a vida como um todo, do início ao fim, sem distinção. Para finalizar, vale enaltecer os dizeres da Valéria Vernaschi Lima:

“se tivermos respostas prontas, de antemão, a todas as perguntas ou negarmos totalmente premissas distintas das nossas preferências, sem escutar ou refletir, negamos a legitimidade do outro e a legitimidade de suas perguntas, fechando espaços de reflexão que são oportunidades para identificarmos outras configurações relacionais e outros argumentos que podem originar um sistema novo de explicação. O exercício da escuta sem pré-conceitos, da aceitação do outro, da reflexão como forma de construção de novos sistemas explicativos gera uma atitude positiva e favorável para a aprendizagem, e permite que o conhecimento da nossa própria natureza contribua para assumirmos responsabilidade em relação a nossa conduta ética.” (Processos educacionais na saúde: ênfase em tecnologias educacionais construtivistas; Caderno do Curso 2017: Facilitadores do PRM/PSUS, pag.17)

3. OBJETIVOS

Objetivo geral

- Capacitar a equipe básica de saúde Flor de Liz da UBS do Padre Faria ao cuidado da pessoa idosa

Objetivos específicos

- Capacitar a equipe ao entendimento da caderneta de saúde da pessoa idosa como instrumento de avaliação e acompanhamento da capacidade funcional global da pessoa idosa.
- Conduzir os profissionais de saúde a um processo de aprendizagem sobre o modelo multidimensional de saúde do idoso;
- Trabalhar o conceito de fragilidade multidimensional e, assim, sensibilizar e fazer refletir criticamente, com um exercício à empatia da equipe de saúde, sobre os desafios existentes na fase do ciclo da vida do idoso;
- Estimular o potencial terapêutico de cada membro da equipe de saúde pelos conceitos de educação interprofissional para o desenvolvimento de atributos e habilidades necessárias em um trabalho coletivo;
- Fortalecer e estreitar os laços afetivos e de confiança entre os membros da equipe para a potencialização do trabalho em grupo.

4. REVISÃO DE LITERATURA

4.1 O MODELO MULTIDIMENSIONAL DA SAÚDE DO IDOSO E O CONCEITO DE FRAGILIDADE MULTIDIMENSIONAL

A 5ª edição do guia de bolso de Avaliação Multidimensional do Idoso é um material indispensável que permite aos profissionais de saúde, especialistas ou não, realizarem uma abordagem integral à saúde do idoso, de forma prática e sustentável. Ele busca desenvolver melhor a sistematização do Modelo Multidimensional da Saúde e, por conseguinte, da Avaliação Multidimensional do Idoso, dando ênfase na lógica da avaliação e não somente na aplicação dos instrumentos diagnósticos em si. O Guia, nesse sentido, mostra a importância dos instrumentos, mas, sobretudo, os riscos de serem aplicados sem visão crítica da integralidade da saúde do idoso. A funcionalidade, entendida com a independência e autonomia, é o ponto de partida de tudo e o cerne da saúde do idoso. (GUIA DE BOLSO DE AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL DO IDOSO, 2016).

A heterogeneidade entre os indivíduos idosos é marcante e progressiva ao longo do processo de envelhecimento. As doenças são mais frequentes nesta faixa etária, mas nem sempre estão associadas à dependência funcional. Como resultante deste fato, não basta para o profissional da área do envelhecimento a “antiga formação”, que diz que o paciente tem ou não doenças, pois 90% as têm (Ramos, 2003). Envelhecer sem nenhuma doença crônica é mais exceção do que a regra. Deste modo, esta é uma informação que não agrega possibilidades de mudança e é por este motivo que introduzimos um novo indicador de saúde, a capacidade funcional. Indivíduos com o mesmo diagnóstico clínico podem ter a capacidade funcional distinta um do outro. Assim, a fronteira entre os conceitos de saúde, doenças, dependência e incapacidades deve estar bem definida. (GUIA DE BOLSO DE AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL DO IDOSO, 2016).

Nesse contexto, bem-estar e funcionalidade são complementares. Em ambas estão presentes a autonomia (capacidade individual de decisão e comando sobre as ações), estabelecendo e seguindo as próprias convicções) e a independência (capacidade de realizar algo com os próprios meios). Esses elementos são essenciais para permitir ao indivíduo o cuidado de si mesmo e de sua vida. Cabe ressaltar que a independência e a autonomia estão intimamente relacionadas, porém são conceitos diferentes. Existem pessoas com dependência física, mas capazes de decidir e escolher com segurança sobre como, quando e onde se envolver nestas atividades. Além disso, é importante lembrar que a perda da independência pode não vir associada com a perda da autonomia, por exemplo, um idoso com perda da capacidade de deambular, pode conseguir gerenciar sua vida com autonomia e participação social.

Na tentativa de contribuir para a elucidação desse contexto, em 2001, a OMS responde a essa demanda e sugere a utilização da Classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde (CIF), em complementação à CID (Classificação internacional da doença). Além de estabelecer a linguagem comum e internacional entre os profissionais na clínica e em pesquisas, a CIF tem a proposta de compreensão da saúde e da funcionalidade a partir de três componentes interrelacionados: estrutura e função do corpo (refere-se às partes anatômicas e as funções fisiológicas e psicológicas dos sistemas corporais), atividade (capacidade de realizar ações e tarefas em diferentes contextos) e a participação social

(envolvimento do indivíduo na sociedade) (GUIA DE BOLSO DE AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL DO IDOSO, 2016).

Nessa perspectiva, a saúde pode ser definida como a capacidade individual de satisfação das necessidades biopsicossociais, independentemente da idade e da presença ou não de doenças. A maioria dos idosos tem doenças ou disfunções orgânicas que na maioria das vezes não estão associadas a limitação das atividades ou a restrição de participação social. Portanto, a pessoa é considerada saudável quando é capaz de realizar as tarefas do cotidiano, de forma independente e autônoma, mesmo na presença de doenças (MORAES, 2020; RAMOS, 2003). Por conseguinte, o declínio funcional do idoso é a perda da autonomia e ou da independência, pois estas perdas restringem a participação social do indivíduo.

Ambos, independência e autonomia estão intimamente relacionadas ao funcionamento integrado e harmonioso dos seguintes sistemas funcionais principais (MORAES, 2012):

- Cognição: é a capacidade mental de compreender e resolver adequadamente os problemas do cotidiano;
- Humor/ comportamento: é a motivação necessária para a realização das atividades e/ou participação social. Inclui também o comportamento do indivíduo que é afetado pelas outras funções mentais, como a sensopercepção, o pensamento e o nível de consciência.
- Mobilidade: é a capacidade individual de deslocamento e de manipulação do meio. Depende de quatro subsistemas funcionais: a capacidade aeróbica e muscular (massa e função), o alcance-preensão-pinça (membros superiores) e a marcha, postura e transferência. A continência esfinteriana é também considerada subdomínio da mobilidade, pois a sua ausência é capaz de interferir na mobilidade e restringir a participação social do indivíduo.
- Comunicação: é a capacidade de estabelecer um relacionamento produtivo com o meio, trocar informações, manifestar desejos, ideias e sentimentos. Depende de três subsistemas funcionais: visão, audição e produção-motricidade orofacial. Este representado pela voz, fala e mastigação-deglutição.

A perda destas funções, por sua vez, não deve ser atribuída ao envelhecimento normal, mas sim à presença de incapacidades funcionais, resultantes do acúmulo de condições de saúde capazes de comprometer tais sistemas. Nesse aspecto, as falhas em saúde possuem pontos de destaque, por exemplo, a situação da família que não se encontra preparada para prover os cuidados necessários é denominada insuficiência familiar; já o manejo clínico inadequado contribui para o maior risco da chamada iatrogenia. Assim, as condições crônicas de incapacidades funcionais levam à necessidade de cuidados de longa duração com gestão diferenciada de saúde pelos profissionais de saúde e familiares.

Nessa perspectiva, como estratégia para suprir a necessidade de padronização do conceito de fragilidade, o guia de bolso de Avaliação Multidimensional do Idoso de 2016 propõe o conceito de fragilidade multidimensional, definida como a redução da reserva homeostática e/ou da capacidade de adaptação às agressões biopsicossociais e, consequentemente, maior vulnerabilidade ao declínio funcional, institucionalização e óbito. Neste conceito, as condições de saúde associadas a desfechos adversos podem ser agrupadas em dois componentes: clínico-funcional e sociofamiliar. O primeiro componente integra

determinantes biológicos, físicos, cognitivos e psíquicos responsáveis pelo declínio funcional em idosos, já desenvolvidos acima. O segundo componente, por sua vez, será trabalhado abaixo.

Trata-se da fragilidade sociofamiliar que problematiza os determinantes pessoais e sociais de saúde (GOBBENS, 2010):

- Sexo: os homens apresentam menor sobrevida que as mulheres por razões fisiológicas (ausência de proteção do estrógeno) e comportamentais, tais como menor uso dos serviços de saúde, autocuidado precário, maior prevalência de hábitos de vida não saudáveis, dentre outros.

- Raça-cor: a raça preta ou parda está associada à situação socioeconômica mais baixa, maior violência, menos acessos aos serviços de saúde, da mesma forma que os indígenas;

- Escolaridade: o analfabetismo está associado à situação socioeconômica mais baixa, menor oportunidade de emprego e menor acesso às informações sobre hábitos de vida saudáveis.

- Arranjo-familiar: existem muitas evidências sobre a relevância dessas condições para o estado de saúde dos idosos. Nesse sentido, verifica-se que morar sozinho representa uma condição de vulnerabilidade, já o fato de morar com cônjuge ou companheiro representa, em princípio, fator de proteção.

- Viuvez: a perda do cônjuge ou de amigos íntimos de longa data, especialmente quando é recente, representa um estado de fragilidade que pode levar, por sua vez, à depressão ou outros agravos de saúde. Pois, a viuvez na velhice pode gerar enfraquecimento dos laços sociais, já que o idoso viúvo se vê sem sua maior companhia, perdendo a sua grande fonte de companheirismo quando o cônjuge se vai. Segundo o estudioso Jerusalinsky, em muitos casos, perder o parceiro é como perder parte de si mesmo, já que ele fez parte da própria história e foi testemunha das conquistas e das realizações. Nesse sentido, isso evoca a ideia iminente da própria morte cuja consequência é o agravamento do medo desta. Além disso, conquistas de novas amizades, vivências de novas experiências sociais, entre outras, tornam-se difíceis e dolorosas. Por outro lado, quando o casamento for baseado em uma relação abusiva, geradora de sofrimento e renúncia, mais do que felicidade, companheirismo e realização, a viuvez torna-se uma libertação e, conseqüentemente, investimento em si mesma.

- Idoso cuidador: a necessidade de cuidar de alguém, independentemente da idade, gera uma sobrecarga sobre a saúde física e emocional, com maior risco de isolamento social, mudanças e insatisfações conjugais, dificuldades financeiras, deficiência da saúde física e do autocuidado.

- Acesso aos serviços: informações sobre o acesso do idoso a serviços que facilitam a vida cotidiana, como farmácias, supermercados, padarias e transportes avaliam os recursos disponíveis na comunidade em que o idoso vive, de modo a amplificar o seu dia a dia, evitando o deslocamento para lugares mais distantes, reduzindo o risco de acidentes

- Situação laboral: a situação laboral e recebimento de algum dos benefícios das políticas de assistência social auxiliam na identificação da vulnerabilidade e ou proteção econômica dos idosos. Assim, aquele idoso beneficiário do benefício da prestação continuada (BPC) apresenta situação socioeconômica precária e maior risco de declínio funcional.

4.2 AVALIAÇÃO DA FUNCIONALIDADE PELAS ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA

Toda a avaliação do idoso tem como ponto de partida a avaliação da funcionalidade global, através das atividades de vida diária (AVD) básicas, instrumentais e avançadas. Nesse sentido, o principal sintoma a ser investigado é a presença de declínio funcional. As AVD básicas são investigadas pelo índice de Katz (Quadro 1), enquanto as instrumentais pelas escalas de Lawton-Brody (Quadro 2). A perda de AVD ou o declínio qualitativo na realização das tarefas do cotidiano deve ser bem caracterizada. Para tanto, o informante deve conviver com o paciente diariamente. Muitas vezes é necessário a confirmação da AVD com outros familiares, vizinhos, amigos, colegas de trabalho, entre outros. O comprometimento das AVD pode ser o reflexo de uma doença grave ou conjunto de doenças que comprometem direta ou indiretamente essas quatro grandes funções de forma isolada ou associada. Dessa forma a presença de declínio funcional não pode ser atribuída a velhice, e sim representar sinal precoce de doença ou conjunto de doenças não tratadas caracterizadas como ausência de sinais ou sintomas típicos. A presença de dependência funcional definida como a incapacidade de funcionar satisfatoriamente sem ajuda, deve desencadear ampla investigação clínica de saúde que pode ser total ou parcialmente reversível.

Vale ressaltar que as AVD instrumentais e básicas são diretamente influenciadas pelos quatro domínios funcionais principais (cognição, humor-comportamento, mobilidade e comunicação). Nessa perspectiva, o declínio funcional nos idosos geralmente segue uma hierarquia, iniciando-se pela AVD mais complexas (avançadas e instrumentais) até comprometer o autocuidado (AVD básicas).

A dependência em AVD instrumentais pode ser parcial, quando o idoso ainda é capaz de realizar algumas tarefas, ou completa, quando o idoso é dependente para todas as AVD instrumentais. Já o comprometimento das AVD básicas pode ser classificado em independência, semi-independência, dependência incompleta e dependência completa.

ESCALA DE ATIVIDADES BÁSICAS DE VIDA DIÁRIA- KATZ

ATIVIDADE	INDEPENDÊNCIA	SIM	NÃO
1) Banho	Não recebe ajuda ou somente recebe ajuda para uma parte do corpo		
2) Vestir-se	Pega as roupas e se veste sem nenhuma ajuda, exceto para amarrar os sapatos.		
3) Higiene pessoal	Vai ao banheiro, usa o banheiro, veste-se e retorna sem qualquer ajuda (pode usar andador ou bengala).		
4) Transferência	Consegue deitar-se na cama, sentar na cadeira e levantar-se sem ajuda.		
5) Continência	Controla completamente eliminação de urina e fezes.		
6) Alimentação	Come sem ajuda (exceto para cortar carne ou passar manteiga no pão)		

Quadro 1 - escala de Katz

ESCALA DE ATIVIDADES INSTRUMENTAIS DE VIDA DIÁRIA – LAWTON E BRODY

1. O(a) Sr.(a) consegue usar o telefone?	Sem ajuda	3
	Com ajuda	2
	Não consegue	1
2. O(a) Sr.(a) consegue ir a locais distantes, usando algum transporte, sem necessidade de planejamentos especiais?	Sem ajuda	3
	Com ajuda	2
	Não consegue	1
3. O(a) Sr.(a) consegue fazer compras?	Sem ajuda	3
	Com ajuda	2
	Não consegue	1
4. O(a) Sr.(a) consegue preparar suas próprias refeições?	Sem ajuda	3
	Com ajuda	2
	Não consegue	1
5. O(a) Sr.(a) consegue arrumar a casa?	Sem ajuda	3
	Com ajuda	2
	Não consegue	1
6. O(a) Sr.(a) consegue fazer os trabalhos manuais domésticos, como pequenos reparos?	Sem ajuda	3
	Com ajuda	2
	Não consegue	1
7. O(a) Sr.(a) consegue tomar seus remédios na dose certa e horário correto?	Sem ajuda	3
	Com ajuda	2
	Não consegue	1
8. O(a) Sr.(a) consegue cuidar de suas finanças?	Sem ajuda	3
	Com ajuda	2
	Não consegue	1

Quadro 2 – escala de Lawton&Brody

4.3 USUÁRIOS HIPERUTILIZADORES DO SISTEMA

É recorrente o relato dos profissionais sobre usuários que frequentam a unidade básica com intervalos pequenos de tempo e sem motivos relevantes aparentemente. Boa parte desse perfil, nesse sentido, é composto por pessoas idosas. Uma reflexão crítica a respeito da abordagem do acolhimento feito a este público em específico, faz-se necessário na unidade.

Vale ressaltar que muitas vezes a unidade básica, além das escolas, é o único, ou um dos poucos, equipamentos públicos existentes em um território. Dessa forma, há que se estabelecer a diferenciação de necessidades de saúde e demanda por cuidados. A primeira requer planejamento de políticas sociais que vão além dos serviços de saúde e esse pode ser um dispositivo de discussão com a comunidade sobre a participação popular na definição das prioridades e operacionalização dessas políticas, como a construção de creches, praças, quadras de esportes, melhoria do transporte público e projetos de geração de renda. E faz parte do escopo de ação dos profissionais da Atenção Básica estimular a participação dos usuários nas instâncias de controle social do SUS e de outros espaços de organização social. Sobre a demanda por

cuidados, propõe-se que a realização do diagnóstico da área de abrangência inclua a análise das famílias sobre o perfil de risco e vulnerabilidade, não apenas de forma regionalizada, demarcada por ruas ou bairros, mas de acordo com o histórico de seus membros: desemprego, dependência química, idoso frágil ou acamado, portadores de deficiências, crianças com déficit de cuidados ou atraso de desenvolvimento, violência doméstica, portadores de sofrimento mental e outros. Tal conduta favorece o planejamento de cuidados e a abordagem familiar, que deve anteceder a procura pelo atendimento por demanda espontânea. O aumento da frequência de determinados usuários na unidade também pode ser questionado aos mesmos, de forma solidária e propositiva: “percebemos que você tem vindo frequentemente ao centro de saúde, existem outros motivos que queira nos falar?” Talvez esse seja o momento em que a escuta se dará de forma mais acolhedora e que os reais problemas que o incomodam venham à tona. (BRASIL, 2013)

5. MÉTODOS

5.1 CRONOGRAMA

A seguir, em tabela, o cronograma de atividades deste TCC:

ATIVIDADE	julho	agosto	setembro	outubro	novembro	dezembro	janeiro	fevereiro
Revisão bibliográfica	x	x	X	X	x	x	x	
Definição do tema específico	x							
Elaborar projeto		x	X	X	x	x		
Executar projeto		x	X	X	x	x		
Enviar trabalho escrito							x	
Apresentar projeto e resultados								x

5.2 O PROCESSO DE DEFINIÇÃO DO PROBLEMA

Para a definição do tema específico a ser trabalhado no projeto de intervenção em educação em saúde foi utilizado o Planejamento Estratégico Situacional (PES). Optou-se por esta metodologia inicial por ser a que melhor se encaixa com o cenário dinâmico e em constante transformação das formas de trabalho das unidades de atenção primária à saúde (UAPS). Além disso, o diagnóstico situacional realizado pela estimativa rápida e participativa traz as vantagens de ser eficiente, rápida, e, portanto, realizável em espaço curto de tempo, com baixos gastos financeiros. (CAMPO; FARIA; SANTOS, 2018)

Dessa maneira, foram realizadas reuniões com a equipe de saúde, em que se levantaram alguns temas de educação em saúde de interesse dos presentes. A forma participativa, com compartilhamento de diferentes saberes, interesses e motivações foi rica para o debate inicial e estimuladora de potencialidades de estratégias de trabalho, por ter favorecido a interdisciplinaridade e a intersetorialidade. Por fim, foi escolhido por unanimidade o tema específico ser “o cuidado da pessoa idosa: o indivíduo, a família e a comunidade.”

5.3 O PROBLEMA

Vale lembrar que um projeto de intervenção se fundamenta nos pressupostos da pesquisa-ação. Assim, a partir do Planejamento Estratégico Situacional (PES) com o método

da Estimativa Rápida foram identificados problemas na grande temática de saúde das pessoas idosas vivenciadas na comunidade do Padre Faria.

Nessa perspectiva, foi realizada uma entrevista aberta coletiva em forma de roda de conversa com as agentes comunitárias de saúde, ACS, pois estas, por residirem no mesmo local que a comunidade, vivem e sofrem dos mesmos, se não similares, determinantes sociais e pessoais que as pessoas idosas da comunidade em questão. Portanto, as ACS são informantes-chaves para o conhecimento dos problemas enfrentados por esta parcela da população. Dentre as principais dificuldades levantadas vivenciadas pelos idosos da comunidade, encontram-se: insuficiência familiar; sem espaço de fala protegido para escuta; vontade de morrer e/ ou vivência conflituosa com a finitude da vida; aderência irregular à tomada de medicação e ao tratamento; falta de capacitação e apoio aos cuidadores de idosos; educação básica comprometida. Já a respeito das áreas de interesse para estudo e aprofundamento, destacaram-se: rastreio de depressão; avaliação da funcionalidade e autonomia; potencialidade da conferência familiar; compartilhamento de decisão médica-pessoa; a escuta em sigilo e sinais de alarme para casos suspeitos de violência. Com isso, inspirado nesses levantamentos e, a partir dos objetivos específicos explicitados, foi projetada a intervenção, também chamada pelo grupo de capacitação.

5.4 ASPECTOS ÉTICOS

Por este trabalho não ter sido submetido ao Comitê de Ética por meio da Plataforma Brasil, não foi possível reproduzir em escrita literal e direta a fala dos membros participantes. Portanto, foi respeitada a privacidade de cada profissional presente.

5.5 OS INTEGRANTES DO GRUPO DA CAPACITAÇÃO

Os integrantes do grupo da capacitação foram, essencialmente, a equipe de saúde da ESF, intitulada Flor de Liz. Esta é composta por uma médica de família e comunidade, duas médicas residentes em medicina de família e comunidade da UFOP, duas acadêmicas em medicina da UFOP, uma enfermeira, um farmacêutico, uma nutricionista, uma psicóloga, três técnicas de enfermagem, sete agentes comunitárias de saúde, três recepcionistas e uma auxiliar de limpeza.

Além disso, houve participações de convidada assistente social da rede de saúde da cidade de Ouro Preto e de estudantes da área da saúde da UFOP da equipe do PET-SAÚDE (Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde). Vale citar que alguns profissionais da ESF Flor de Liz são tutores e preceptores do programa.

5.6 LOGÍSTICA DOS ENCONTROS

A agenda das atividades de educação em saúde da pessoa idosa foi acordada a ser realizada no horário protegido da agenda da equipe destinada às reuniões de equipe. Na ESF Flor de Liz, esse momento ocorre nas sextas-feiras no turno vespertino. Foi decidido que o tempo de duração da atividade seria de 1 hora, para que haja também espaço protegido para as demais pautas de necessidade da equipe. Os registros dos encontros foram feitos, portanto, na

Ata da folha destinada a Reunião de Equipe como uma pauta da reunião do dia. Ao final, todos os presentes assinaram as atas.

5.7 AGENDA DOS ENCONTROS

- 24 de julho de 2020: apresentação da caderneta de saúde da pessoa idosa à equipe.
- 07 de agosto de 2020: exposição do filme "Antes de partir", lançado em 2008 pelo diretor Rob Reiner.
- 14 de agosto de 2020: dinâmica “o que fazer antes de morrer” de reflexão sobre a finitude da vida.
- 04 de setembro de 2020: determinantes pessoais e sociais de saúde e o ciclo de vida da pessoa idosa.
- 25 de setembro de 2020: prevenção de quedas em idosos com exercícios físicos; atividades de vida diária do idoso: básica, instrumental e avançada.
- 09 de outubro de 2020: a saúde da pessoa idosa sob a perspectiva da Nutrição.
- 13 de novembro de 2020: usuários hiperutilizadores do sistema.
- 27 de novembro de 2020: a saúde da pessoa idosa sob a perspectiva da Assistência Social.
- 18 de dezembro de 2020: fechamento, retrospectiva e devolutivas do projeto.

5.8 ESTRUTURA PEDAGÓGICA DA ABORDAGEM DOS ENCONTROS

O referencial teórico de metodologia utilizado, feito por meio de rodas de conversas, com material teórico e visual presente nas metodologias ativas de ensino-aprendizagem, tratou-se da teoria construtivista ou sociointeracionista da educação.

Segundo essa teoria, os educandos são entendidos como sujeitos que constroem conhecimentos de forma ativa, e o educador, como aquele que atua como facilitador e mediador entre sujeito e objeto. (BECKER F. 2012) Nesse prisma, entende-se que o sujeito se constrói através das vivências e experiências de vida próprias cuja trajetória pessoal de vida serve como base e como os patamares para continuar a caminhada da construção do novo conhecimento. Nesse raciocínio, concebe-se a pedagogia construtivista como pedagogia relacional, em que o educando é visto como alguém que transforma e é transformado nas relações produzidas dentro daquele local de aprendizado.

Vale ressaltar, por fim, que a abordagem construtivista, foi também a escolhida pelo PROADI-SUS – Programa de Apoio ao Desenvolvimento do SUS – na parceria do Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa do Hospital Sírio-Libanês – IEP/HSL e o Ministério da Saúde – como referencial pedagógico para as iniciativas educacionais voltadas à capacitação de profissionais de saúde para atuarem em programas de preceptoria, no contexto do Sistema Único de Saúde – SUS. Segundo Valéria Vernaschi Lima; 2017, “na perspectiva de uma educação permanente para os trabalhadores do Sistema Único de Saúde - SUS, a ampliação da capacidade crítica, por meio de uma abordagem problematizadora da educação, visa a transformação das práticas de saúde, no sentido da melhoria da qualidade da atenção.”

5.9 DETALHAMENTO DAS ATIVIDADES EDUCATIVAS DA INTERVENÇÃO

A seguir, em tópicos, o detalhamento das atividades educativas da intervenção: “o cuidado da pessoa idosa: o indivíduo, a família e a comunidade.”

1. 24 de julho de 2020: apresentação da caderneta de saúde da pessoa idosa à equipe. Foi entregue a cada um dos participantes uma caderneta desta em questão e explicada brevemente como a mesma funciona, sua utilidade para o acompanhamento de saúde da pessoa idosa e da sua capacidade funcional, além de possuir capítulos específicos para registros de pressão arterial, controle de glicemia, calendário vacinal, avaliação de saúde bucal, agenda de consultas-exames. Ao final, há um capítulo voltado para orientações de educação e saúde em tópicos, são eles: direitos da pessoa idosa, orientações quanto ao uso e armazenamento de medicamentos, acesso a medicamentos no SUS, dez passos para uma alimentação saudável, saúde bucal, prevenção de quedas, atividade física e sexualidade.
2. 07 de agosto de 2020: exibido o filme "Antes de partir", lançado em 2008 pelo diretor Rob Reiner, com o objetivo de reflexão da equipe sobre a brevidade da vida e as dificuldades de vivência com a finitude da vida tanto da pessoa idosa quanto de familiares. Além disso, foi indicada a seguinte atividade à turma para refletir durante a semana: como imersão no filme visto, pensar no que ainda não fez durante a vida e que deseja fazer antes de morrer, fazer essa lista e compartilhar com os demais na próxima reunião.
3. 14 de agosto de 2020: realizada dinâmica “o que fazer antes de morrer” de reflexão sobre a finitude da vida, o que fez, faz e ainda quer fazer durante a vida. A dinâmica de grupo consistia, em roda, uma participante iniciava, com um buquê de botões de rosas de velas nas cores lilás e brancas em mãos como objeto de fala, e compartilhava com o grupo sua opinião, sentimentos e reflexões envoltas sobre o que é a vida, o que é a morte e o que faz as pessoas se sentirem vivas e, por sua vez, conectadas umas com as outras, além de compartilhar, se quisesse, a lista do que deseja fazer antes de morrer feita durante a semana. Assim que a fala dessa pessoa terminava, ela escolhia uma próxima pessoa a falar sobre esses assuntos e lhe entregava como presente um dos botões a essa pessoa juntamente com o buquê, isso repetia-se até que todos tivessem tido seu momento contemplado. Por fim, houve um momento de “debriefing” e “feedback” solicitado por uma das participantes que gostaria de compartilhar com o grupo os sentimentos que a dinâmica lhe causou. Nesse momento, o grupo a escutou, a acolheu e também fizeram mais comentários sobre os ocorridos durante a dinâmica.
4. 04 de setembro de 2020: foram abordados os determinantes pessoais e sociais de saúde e o ciclo de vida da pessoa idosa. Nessa rodada, optou-se por este tema como abertura à exploração dos conteúdos presentes na Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa distribuída pelo Ministério da Saúde às Unidades de Atenção Primária à Saúde, pois para se compreender a avaliação multidimensional da pessoa idosa é necessário compreender o substantivo presente no entendimento de vulnerabilidades no contexto de comunidades:

o componente sociofamiliar da fragilidade multidimensional do idoso. Portanto, foi refletido, em situação de imersão, acerca dos desafios intrínsecos ao ciclo de vida da pessoa idosa e as particularidades de ser de cada idoso, como por exemplo, como a cor de pele interfere na saúde e reflete na situação socioeconômica de vivenciar a velhice. Assim, foram discutidos, nesse encontro, os subtemas: raça-cor, sexo-gênero, escolaridade, ambiente de trabalho durante a vida, situação laboral-aposentadoria, arranjo familiar, viuvez, necessidade de cuidador e o idoso cuidador (de netos e/ ou filhos) e acesso aos serviços.

5. 25 de setembro de 2020: foi explanado sobre a prevenção de quedas em idosos com exercícios físicos possíveis de serem realizados em casa, apresentados pelos acadêmicos de educação física da UFOP, monitores do PET-SAÚDE, via remota por vídeos expostos em projetor. Em segundo momento, foram abordadas as atividades de vida diária do idoso: básica, instrumental e avançada; com material de apoio as seguintes escalas: Katz e Lawton&Brody. Nesse momento, foram explorados os conceitos de autonomia e independência do idoso, elementos chaves da avaliação da funcionalidade global do idoso.
6. 09 de outubro de 2020: foi discutido sobre a saúde da pessoa idosa sob a perspectiva da Nutrição, com a participação da convidada nutricionista da equipe de saúde. Nessa reunião foram explorados os seguintes tópicos: o caráter afetivo dos alimentos com a promoção de encontros de família para o compartilhamento de refeições; as possíveis perdas do prazer de comer com as restrições alimentares advindas das vivências com doença; estratégias para promover o afeto e o prazer de comer na velhice mesclando com uma alimentação saudável possível e acessível financeiramente; e, por fim, a importância do acompanhamento dos dados antropométricos da pessoa idosa que inclusive possui local especial na caderneta da pessoa idosa devido ao risco aumentado dessa população desenvolver sarcopenia.
7. 13 de novembro de 2020: foi debatido o tema dos usuários hiperutilizadores do sistema. Este assunto foi acrescido à capacitação, pois, no momento, a equipe de saúde estava vivenciando algumas experiências com usuários hiperutilizadores e sentiu-se a necessidade do grupo em abordar este tema mais a fundo, já que boa parte destes usuários são também pessoas idosas.
8. 27 de novembro de 2020: foi explanada a saúde da pessoa idosa sob a perspectiva da Assistência Social, com a participação de convidada profissional assistente social, atuante no CAPS II de Ouro Preto. Assim, o enfoque deste encontro foi a capacitação da equipe em conceitos da assistência social, o papel do CRAS e do CREAS, e a exploração das Políticas Públicas de Intervenção da Assistência Social existentes como os benefícios eventuais e os benefícios permanentes.

5.10 INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO

O último dia de encontro das atividades foi destinado ao fechamento da intervenção com retrospectiva dos melhores momentos vividos e devolutivas dos participantes do projeto. A metodologia utilizada também foi a ativa com espaço protegido de fala para cada um dos participantes poderem se expressar livremente, em roda de conversa.

Nesse sentido, foram feitas perguntas abertas para estimular a roda, apontadas a seguir:

- Qual o seu 'feedback' sobre a capacitação?
- Quais foram os pontos fortes e os pontos a melhorar?
- Qual sua opinião sobre a metodologia adotada?
- O que você vai levar de aprendizado dessa intervenção?
- O que você mais gostou de aprender?
- O que foi mais marcante durante as vivências em roda?
- O que poderia ter sido diferente?

6. RESULTADOS

Segundo as profissionais presentes, pela maioria, o momento mais lembrado da capacitação foi a dinâmica “o que fazer antes de morrer”, pois gerou sensações, emoções, reflexões e vivências no sentido de perceber a pessoa idosa de forma diferente, com olhar com maior crivo aos desafios inatos deste ciclo da vida e à terminalidade, além de proporcionar momento de autorreflexão de si mesmo e sobre as perspectivas da própria velhice.

Sobre os pontos a melhorar foram levantados três: sigilo e ética no encontro debatido sobre a situação problema em questão com os acadêmicos do PET-SAÚDE presentes via remota; abordagem e participação da convidada externa da assistência social; e; organização do cronograma com aviso prévio sobre o tema determinado a ser discutido. Em relação ao primeiro ponto foi problematizado o fato do grupo ter discutido casos reais de pacientes e suas famílias com nomes verdadeiros na presença de pessoas externas ao grupo, como foi considerado os acadêmicos do PET-SAÚDE, e foi pedido para que caso haja momentos assim que seja bem esclarecido anteriormente e ter o cuidado na fala para evitar de citar nomes de pacientes. Sobre o segundo ponto, alguns membros relataram ficarem um pouco perdidos e confusos com as falas da profissional convidada da assistência social, pois declaram ter sido muito teórico e pouco palpável para a vivência no dia a dia da equipe de Estratégia Saúde da Família. Já o terceiro ponto foi acrescentado por uma das participantes que gostaria de ter sido avisada com um tempo maior de antecedência sobre os temas a serem abordados para se preparar para o momento do encontro de forma mais substancial.

Os pontos fortes, por sua vez, baseiam-se, principalmente, na metodologia ativa adotada. As participantes gostaram da forma como foram trabalhados os temas, com dinamismo, fluidez, leveza e interatividade. Os auxílios de mídias, nesse caso, como vídeos, filmes, dinâmicas de grupo e material de apoio impresso foram essenciais para contribuir ao sucesso da intervenção. As rodas de conversa, por sua vez, ofereceram momento protegido de fala, discussão e acolhimento, logo, houve a participação ativa das pessoas. Outro ponto de destaque, apontado pelo grupo, foi a intervenção ter sido útil e proporcionado a aplicação do aprendizado nos momentos das visitas domiciliares, como, por exemplo, a avaliação do risco de quedas e a acessibilidade da casa ao idoso para, assim, garantir a ele maior mobilidade, portanto, maior independência e, assim, ganho de funcionalidade.

Nesse sentido, os profissionais presentes ficaram satisfeitos com a capacitação ter utilizado a caderneta de saúde da pessoa idosa como instrumento de trabalho. Nesse contexto, alguns profissionais relataram que não tinham conhecimento sobre essa caderneta ou que a sub utilizavam. Portanto, com a intervenção, as profissionais declararam estar fornecendo, de forma mais frequente, a caderneta às pessoas idosas, principalmente nos momentos das visitas domiciliares, além de explicarem aos familiares e aos próprios idosos como usá-las no dia a dia e na importância deste instrumento estar presente nas consultas em saúde para registro e acompanhamento. Assim, os participantes se autoavaliaram, após a intervenção, como mais competentes e com maior aptidão à avaliação funcional da pessoa idosa.

Por fim, vale ressaltar que houve o reconhecimento, por parte dos membros participantes, de que a intervenção contribuiu de forma proveitosa à interação e à convivência do grupo, e, portanto, nos relacionamentos entre os profissionais de saúde com fortalecimento de vínculos e aumento da confiança e abertura à escuta e fala uns com os outros. Isso foi sentido

também como reflexo na autopercepção de cuidado da própria saúde das profissionais de saúde que buscaram se conectar consigo mesmas com acompanhamento psicoterápico e com as práticas integrativas complementares fornecidas via projeto da prefeitura da época intitulado “cuidar de quem cuida”. Assim, foi reconhecida a importância de cuidar do outro, sem se esquecer de cuidar de si mesmo.

Ao final, houve momento de agradecimentos coletivos dos envolvidos, à participação e à presença de cada um nos encontros, e demonstrado interesse e vontade em tornar a educação permanente em saúde como momento de importância e reserva na reunião de equipe em questão.

7. IMPRESSÕES E DISCUSSÃO

Iniciar os encontros com filme foi estratégia lúdica perspicaz, principalmente porque um dos temas iniciais escolhido a ser debatido foi sobre a morte e o morrer. Assim, abordar esse tema tabu foi promissor, envolvente, mas também desafiador. Nesse sentido, no decorrer da dinâmica “o que fazer antes de morrer”, muitas pessoas começaram a compartilhar vivências com a morte de parentes próximos e a refletir e filosofar sobre “o que é a morte”. Além disso, houve relatos de pessoas sobre vivências com a própria morte, como tentativas de suicídio e/ou ideações suicidas e a aprofundar no conceito de morte como a definir não como o contrário da vida, e sim como a falta de sonhos ou a falta de prazer na vida. Mais além, o grupo adentrou-se na temática do que perdemos e o que deixamos morrer dentro de nós ou deixarmos relações pessoas e interpessoais importantes por outros motivos como o que os outros esperam de nós. Foi, portanto, um momento muito singelo, significativo e vivo. Muitas pessoas, inclusive, emocionaram-se e expuseram as suas inseguranças e vulnerabilidades ao grupo. Isso fez com que o grupo se sentisse mais conectado e em comunhão uns com os outros com mais sentido e significado de vida e de pertencimento de grupo.

No terceiro encontro, sobre os determinantes pessoais e sociais de saúde e o ciclo de vida da pessoa idosa, foi vivenciado um momento único de imersão na vida da pessoa idosa, e um exercício de empatia àqueles que vivenciam o envelhecimento. Houve relatos sensíveis, por parte dos profissionais de saúde, principalmente das ACSs, de narrativas de histórias de vida de idosos da comunidade que foram extremamente ricas em conteúdo empático e de compaixão por parte dos atuantes da saúde. Como exemplos, houve citações de casos de como o arranjo familiar interferiu na história de determinada família com sobrecarga do idoso como cuidador e pessoa que também necessita de cuidados, com experiências conflitantes entre autonomia e superproteção. Outro ponto elogiável foi como o grupo conseguiu problematizar, discutir e esclarecer, de forma madura e respeitosa, como o racismo e o machismo interferem notoriamente na saúde da pessoa idosa, nas expectativas de vida e nas situações de velhice de cada um. Além disso, vale à pena ressaltar que também foi debatido a questão da territorialidade na atenção à saúde, dentro do determinante social de acesso aos serviços (como a unidade de saúde, farmácia, supermercado, entre outros), em que o idoso que mora em determinado bairro de mais acessibilidade aos bens de serviço contribui para uma melhor saúde, em comparação àquele que mora em um bairro mais distante a estes serviços.

No quarto encontro, houve a participação ativa dos acadêmicos de educação física da UFOP, monitores do PET-SAÚDE, via remota por vídeos expostos em retroprojektor. Essa estratégia de inserção desses alunos na unidade básica de saúde fez-se necessária devido o momento vivenciado no ano de 2020 pela pandemia do coronavírus em que o distanciamento social se fez presente para evitar aglomerações e possível perpetuação do vírus também como mecanismo de proteção destes educandos e dos profissionais de saúde. Esse momento proporcionou o vislumbrar das tecnologias de informática como recursos a serem aproveitados tanto na aprendizagem direta quanto indireta em que o encontro se faz presente e ativo, ainda que virtualmente. Dessa forma, foi conquistado, como Universidade, fazer parte mais ativamente da formação profissional destes graduandos e os proporcionados momentos de troca de experiências no aprendizado e ensino.

Acerca do tema propriamente dito da prevenção de quedas abordado pelos monitores do PET-SAÚDE, este ganha destaque na Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa onde se pode fazer o registro desses acontecimentos na vida do idoso, já que são frequentes e que podem ser evitados. A prevenção de quedas, por sua vez, é instrumento importante para diminuir a morbimortalidade da pessoa idosa e melhora da qualidade de vida desta. Os exercícios físicos, não obstante, são também elementos essenciais para a melhoria da expectativa e qualidade de vida desse público em questão.

Em relação ao aprofundamento no tema das atividades da vida diária da pessoa idosa, foram utilizadas a escala de Katz sobre as atividades básicas e a escala de Lawton&Brordy sobre as atividades instrumentais. Esses instrumentos serviram de base e plano de fundo para o aprofundamento nos conceitos de autonomia e independência, necessários ao estudo da avaliação multidimensional do idoso. Em relação à autonomia, foi discutido como o humor e a cognição são chaves para este atributo ser exercido de forma plena e saudável. Já sobre a independência, foi levantado e exemplificado com casos de idosos assistidos pela equipe de saúde, em que a mobilidade e a comunicação são vertentes desta a ser analisada com cuidado e senso-crítico, pois, muitas vezes, familiares podem presumir que, por exemplo, pelo idoso estar acamado que lhe é restrito também a capacidade de escolha de seus desejos e necessidades, o que não é uma premissa de total verdadeira, pois, o idoso pode vir a estar acamado por questões de limitações físicas, porém pode ter a cognição e capacidade intelectual intacta e que merece ser respeitada e ouvida. O último tópico, por sua vez, deste tema, as chamadas atividades de vida avançadas, exploradas pela pessoa idosa na execução de papéis sociais em diferentes contextos, tais como no lazer, no trabalho e no engajamento social, político e voluntariado, foi contemplado por narrativas de vivências de idosos da comunidade nestes papéis. Ao final, foram realçadas as principais atividades avançadas da comunidade do Padre Faria, segundo os profissionais de saúde: a jardinagem, o cultivo de hortaliças e as práticas religiosas solitárias e em grupo.

A participação da nutricionista no quinto encontro acrescentou ao projeto uma figura ímpar para contemplar um dos objetivos deste trabalho: o caráter Transdisciplinar e Inter Profissionalizante da educação permanente em saúde no SUS. O trabalho em equipe, por sua vez, precisa ser ressaltado em que a máxima “nenhum de nós é melhor que todos nós juntos” faz-se presente. Com isso, acrescenta-se o saber peculiar do profissional da nutrição ao saber existente dos demais profissionais cuja divisão de conhecimento torna-se compartilhamento entrelaçado e empoderamento dos demais profissionais, principalmente dos técnicos de saúde. No tocante à temática alimentação, esta também é uma necessidade que une todos os seres humanos ao expor a própria humanidade. Nesse sentido, houve a conexão que uniu todos os presentes, independentemente de qualquer particularidade, pois todos necessitam de comer, portanto, olhar para este ato, à princípio inocente e banal, e transformá-lo em tema central e exótico na discussão é um ato revolucionário. Assim, depois desse encontro, para fazer uma abordagem alimentar a alguém é também elementar ter a delicadeza e o respeito pela memória afetiva dos alimentos e o potencial de conexão e humanidade do ato de comer.

A seguir, poesia trazida, na ocasião, pela nutricionista como forma de iniciativa à reflexividade sobre a alimentação:

Carne assada com macarronada

(Josepha Barbosa Soares)

Domingo Família reunida

Em volta da mesa

Toalha branquinha

Que beleza!

Família unida

Qual a comida?

Carne assada com macarronada.

Tinha até salada.

Da cozinha o cheirinho

Da comida feita com carinho.

Qual a comida?

Carne assada com macarronada.

O suco, o vinho, a cerveja,

Não importados.

Só a alegria importava

O amor não se esgotava.

E a sobremesa?

Era a alegria!

Compotas e aletria,

Laranja, banana,

Manga, mamão.

Tudo ali na mão

Muitas frutas com certeza

Que beleza a nossa mesa!

Mas o progresso chegou

O micro-ondas simplificou.

Já não se faz

Carne assada com macarronada

Que massada!

Sobremesa?

Industrializada.

E a família?

Desintegrada,

Simplificada.

Já não se faz mais

Carne assada com macarronada

Nem salada.

O suco? a cerveja? Industrializadas

Ficaram enlatadas.

Resta no coração

A recordação,

Da família tão amada,

Em volta da mesa

E da:

Carne assada com macarronada.

Talvez,

No fim da jornada,

Talvez no céu

Que beleza,

Jesus reúna em sua mesa

A família abraçada

Com certeza.

E para não faltar nada

Haverá uma surpresa:

Carne assada com macarronada

Que beleza!

No sexto encontro, foi incorporado à capacitação temática que faz interseção com a saúde da pessoa idosa e incluída no cronograma como necessidade do momento profissional em que a equipe de saúde estava vivenciando: os usuários hiperutilizadores do sistema. Como boa parte destes são idosos - e como faz parte da natureza de um projeto de intervenção moldar-se e reinventar-se aonde o grupo deseja ir - portanto, este tema foi escolhido para ser problematizado, refletido e, portanto, utilizado como estratégia de busca de solução em conjunto para estes usuários em específico. Assim, os motivos da alta frequência de alguns pacientes, famílias, e, principalmente, de determinados idosos foram debatidos em conjunto. Destacaram-se, nesse sentido, os seguintes pontos: a UBSF como único (ou um dos poucos) equipamento público existente no território; demanda de cuidados; queixas clínicas que se repetem; insuficiência da equipe em conseguir compreender a demanda da pessoa; iatrogenia cultural e a escassez de educação em saúde da população; entre outros.

Além disso, discutiram-se sobre como esses cuidados são importantes na vida da equipe e como é importante um acolhimento de excelência. Nessa perspectiva, por fim, as soluções a este problema foram apontadas para a coesão do trabalho em equipe com divisão e compartilhamento de cuidados entre todos os profissionais de saúde à pessoa hiper frequentadora e, principalmente, o potencial de resolutividade e terapêutico de qualquer um dos profissionais de saúde em cuidado multiprofissional e holístico, não centrado na doença ou na figura do médico.

No sétimo encontro, houve a oportunidade de convite de um membro externo ao grupo, de saberes na área da assistência social, por ser atuante nesta área, que, no momento em que o grupo vivenciada em seu trabalho na comunidade, via-se a necessidade de conhecer com mais detalhes e ter a ciência de como se pode utilizar o CRAS e CREAS nos casos que lhe são também de sua competência, como em famílias com idosos de extrema vulnerabilidade seja devido à pobreza, à violência ou às demais iniquidades sociais e pessoais vivenciadas. Assim, foi conhecido como funciona a prioridade e a seleção de famílias para cestas básicas, esclarecido isso ser um benefício eventual, além de explicar a diferença deste para o benefício permanente, como o benefício de prestação continuada. Na perspectiva do idoso, por exemplo, foi lembrado do auxílio funeral, auxílio moradia do aluguel social, benefício natalidade. Também foi discutido sobre a importância do estatuto do idoso, auxílio emergencial da covid-19, renda Brasil, a nova bolsa família. Por fim, foi debatido a atuação do CREAS para casos de média e alta complexidade em que já foi constatado que houve casos de violência.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pode-se concluir que o objetivo geral da intervenção de capacitar a equipe básica de saúde da família, Flor de Liz, da UBS do Padre Faria ao cuidado da pessoa idosa foi alcançado de forma satisfatória segundo os participantes. Nessa perspectiva, houve o aprofundamento na temática de avaliação funcional da pessoa idosa, com utilização da caderneta da pessoa idosa como instrumento de avaliação e acompanhamento da saúde da pessoa idosa. Assim, os profissionais de saúde tiveram suas visões ampliadas sobre o modelo multidimensional de saúde do idoso.

Além disso, foi possível, no decorrer da intervenção, trabalhar em equipe e estimular, de forma prazerosa, respeitosa, empática, reflexiva e educativa, o aprendizado e a contribuição ao aperfeiçoamento na forma do trabalho coletivo e interprofissional da equipe. Dessa forma, a equipe demonstrou-se mais empoderada em relação aos quesitos de resolutividade dos problemas vivenciados pelas pessoas idosas da comunidade.

Por fim, o fortalecimento e o estreitamento dos laços afetivos e de confiança proporcionados durante a capacitação podem ter reflexos positivos futuros na potencialização do trabalho em grupo entre os membros da equipe, pois, observa-se que a convivência auxiliou o diálogo e o encontro de saberes e das pessoas. Isso pode ser verificado no momento final de avaliação da intervenção em que o grupo demonstra interesse em continuar com programas de ações em educação permanente em saúde. Vale lembrar, assim, que o tema da saúde da pessoa idosa não foi totalmente esgotado nesta intervenção e que mais encontros são necessários para considerar o tema como amplamente seguro e de conhecimento geral dos participantes. Portanto, faz-se necessária a continuação de programas de intervenção em educação em saúde para que ela se torne, de fato, permanente e parte essencial nas reuniões de equipe das estratégias de saúde da família.

9. REFERÊNCIAS:

1. RIBEIRO DE LIMA, PM. COELHO, VLD. GÜNTHER IA. Envolvimento Vital: um desafio para a velhice. *Geriatrics & Gerontology*. 2011.
2. ALTMAN, M. O envelhecimento à luz da psicanálise. *Jornal de Psicanálise*. São Paulo – 2011.
3. FARIA, H. P. Planejamento, avaliação e programação das ações de saúde. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, 2017.
4. BECKER, F. Educação e construção do conhecimento. 2ª ed. Porto Alegre: Penso; 2012.
5. LIMA, V. V. [et al.]. Processos educacionais na saúde: ênfase em tecnologias educacionais construtivistas. São Paulo: Ministério da Saúde; Instituto Sírion- Libanês de Ensino e Pesquisa. 66 p. Caderno do Curso 2017.
6. BRASIL, Ministério da Saúde. SAS/DAET/COSAPI. FIOCRUZ/ICICT. Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa. 5ª edição – 2018.
7. LARROSA J, Kohan W. Apresentação. In: Rancière J. O Mestre Ignorante: cinco lições sobre a Emancipação Intelectual. Belo Horizonte: Autêntica; 2002.
8. REZENDE, F. As novas tecnologias na prática pedagógica sob a perspectiva construtivista. Núcleo de Tecnologia Educacional para a Saúde. UFRJ. Rio de Janeiro. Volume 02. Número 1. 2002
9. GOMES, R. LIMA, V. V. Narrativas sobre processos educacionais na saúde. *Ciênc. Saúde coletiva* vol.24 no.12. Rio de Janeiro Dec. 2019.
10. BECKER, F. Educação e construção do conhecimento. 2ª edição Revista e ampliada, 2012.
11. REEVES, S. Porque precisamos da educação interprofissional para um cuidado efetivo e seguro. *Interface, comunicação, saúde e educação*. 2016.
12. BATISTA, N. A. Educação Interprofissional em Saúde: Concepções e Práticas Interprofissional. Caderno FNEPAS • Volume 2 • Janeiro 2012
13. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Marco para Ação em Educação Interprofissional e Prática Colaborativa; Redes de Profissões de Saúde Enfermagem e Obstetrícia Recursos Humanos para a Saúde. 2010.
14. FERIOTTI, M. L. Equipe multiprofissional, transdisciplinaridade e saúde: desafios do nosso tempo. *Vínculo* v.6 n.2. São Paulo dez. 2009.
15. IMBASSAHY, M. Sabores & Lembranças: narrativas sobre alimentação, saúde e cultura. Rio de Janeiro: UnATI / UERJ, 2006.
16. BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea – 1. ed.; 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.