



FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE RONDÔNIA
NÚCLEO DE SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

Soraia Rohers Penha

**A implantação de uma rotina de atenção à saúde da pessoa idosa em uma equipe de
Saúde da Família de Porto Velho/RO**

Porto Velho/RO

2019

Soraia Rohers Penha

**A implantação de uma rotina de atenção à saúde da pessoa idosa em uma equipe de
Saúde da Família de Porto Velho/RO**

Dissertação apresentada à Fundação Universidade Federal de Rondônia (UNIR), como requisito necessário para a obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Área de concentração: Saúde da família.

Orientador: Prof. Dr. Rafael Fonseca de Castro.

Porto Velho/RO

2019

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Fundação Universidade Federal de Rondônia
Gerada automaticamente mediante informações fornecidas pelo(a) autor(a)

P399i Penha, Soraia Rohers.

A implantação de uma rotina de atenção à saúde da pessoa idosa em uma equipe de saúde da família de Porto Velho/RO / Soraia Rohers Penha. -- Porto Velho, RO, 2019.

103 f. : il.

Orientador(a): Prof. Dr. Rafael Fonseca de Castro

Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família) - Fundação
Universidade Federal de Rondônia

1.Atenção à saúde da pessoa idosa. 2.Intervenção pedagógica.
3.Educação Permanente em Saúde. 4.Saúde da Família. I. Castro, Rafael Fonseca de. II.
Título.

CDU 614.39-053.9



FOLHA DE APROVAÇÃO

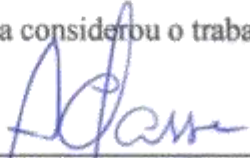
Título da Dissertação nº 06/2019

A implantação de uma rotina de atenção à saúde da pessoa idosa em uma equipe de saúde da família de Porto Velho/RO

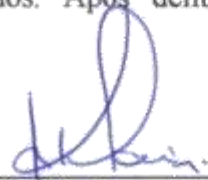
Por

SORAIA ROHERS PENHA

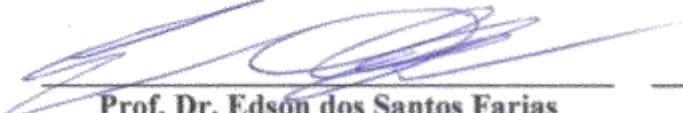
Esta dissertação foi apresentada às nove horas do dia onze de julho de dois mil e dezenove como requisito parcial para a obtenção do título de MESTRE EM SAÚDE DA FAMÍLIA, com área de concentração Saúde da Família, linha de pesquisa em Educação e saúde: tendências contemporâneas da educação, competências e estratégias de formação profissional, do Mestrado Profissional em Saúde da Família. A candidata foi arguida pela Banca Examinadora composta pelos professores abaixo citados. Após deliberação, a Banca Examinadora considerou o trabalho aprovado.




Prof.ª Dr.ª Anacláudia Gastal Fassa
(Membro Externo titular)
Universidade Federal de Pelotas
UFPEL



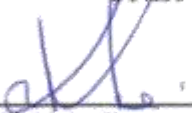
Prof.ª Dr.ª Kátia Fernanda Alves Moreira
(Membro titular/PROFSAÚDE)
Fundação Universidade Federal de Rondônia
UNIR



Prof. Dr. Edson dos Santos Farias
(Membro Externo suplente)
Fundação Universidade Federal de Rondônia
UNIR



Prof. Dr. Rafael Fonseca Castro
Orientador PROFSAÚDE
Fundação Universidade Federal de Rondônia
UNIR



Prof.ª Dr.ª Kátia Fernanda Alves Moreira
Coordenadora PROFSAÚDE/UNIR

Aos servidores da saúde, especialmente àqueles que desenvolvem suas atividades junto às pessoas que mais precisam de acompanhamento e cuidado integral.

AGRADECIMENTOS

Às Instituições:

Universidade Federal de Rondônia (UNIR), Secretaria Municipal de Saúde do Município de Porto Velho (SEMUSA), Secretária de Saúde do Estado de Rondônia (SESAU) e Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS), pelo apoio para a participação no Mestrado Profissional em Medicina de Família.

Às Unidades de Saúde Pedacinho de Chão, Coordenação de Urgência e Emergência de Rondônia (CRUE-RO) e Serviço de Assistência Multidisciplinar Domiciliar (SAMD), pela compreensão durante o processo de minha participação no Mestrado Profissional em Medicina de Família.

À minha Família:

Minha mãe, pelo apoio incondicional e por suas importantes contribuições durante o processo de construção desta pesquisa.

Minha mãe, meu pai e minha irmã pelo estímulo nos momentos difíceis, mas, principalmente, por existirem na minha vida.

Em especial, ao meu orientador Prof. Dr. Rafael Fonseca de Castro, por ter aceitado me orientar e pela sua generosidade excepcional em compartilhar seus conhecimentos e sempre me incentivar durante o processo de elaboração de minha pesquisa.

Às docentes Prof^{ra}. Dr.^a Anaclaudia Gastal Fassa e Prof.^a Dr.^a Kátia Fernanda Alves Moreira, pelas sugestões, nas bancas de qualificação e defesa de mestrado, para a elaboração de um texto que assegurasse os aspectos científicos característicos desta fase acadêmica.

Aos professores doutores do Mestrado Profissional em Saúde da Família, que contribuíram para a melhoria da minha formação profissional.

A todos os meus colegas do Mestrado Profissional em Medicina de Família da UNIR, 1^a turma (2016), pela convivência e trocas de experiências durante o processo de estudos.

Aos servidores da Equipe Nova Esperança I/Industrial da Unidade de Saúde Pedacinho de Chão, que colaboraram com a realização desta investigação.

Aos médicos residentes em Medicina de Família e Comunidade, que cooperaram com a consolidação deste estudo.

A todos que, de forma direta ou indireta, contribuíram para esta dissertação ser elaborada e compartilhada.

PENHA, Soraia Rohers. **A implantação de uma rotina de atenção à saúde da pessoa idosa em uma equipe de Saúde da Família de Porto Velho/RO**. 2019. 103 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família) – Universidade Federal de Rondônia, Porto Velho, 2019.

RESUMO

Esta pesquisa teve como objetivo implantar uma rotina de atenção à saúde da pessoa idosa em uma Unidade Básica de Saúde (UBS), por meio de intervenção pedagógica voltada à formação da equipe. A problemática foi: Quais conhecimentos sobre a saúde da pessoa idosa e sobre o que é preconizado pelo Ministério de Saúde são necessários à formação de uma Equipe de Estratégia em Saúde da Família para a implementação de uma rotina de atenção a essa população? A pesquisa de abordagem quali-quantitativa, do tipo intervenção pedagógica, contou com questionários abertos para coleta de dados e com a planilha de Objetivos, Metas, Indicadores e Ações (OMIA), da Universidade Federal de Pelotas. Aplicou-se questionários pré e pós-intervenção para seis Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e oito médicos residentes em Medicina de Família e Comunidade (MFC). Organizou-se os dados em: rotina de atendimento, aprendizagens e avaliação da intervenção. As ACS indicaram como pontos positivos: i. orientações pertinentes à comunicação com a família; atenção na relação com a pessoa idosa; entrega da caderneta de saúde e estímulo à retomada do compromisso dos profissionais no acompanhamento das pessoas idosas. Como limitações: ii. carência de período mais longo para a realização da intervenção pedagógica; impossibilidade de estudos de determinadas doenças que acometem pessoas idosas e maior aprofundamento de orientações aos familiares e cuidadores. Os médicos indicaram como pontos positivos: iii. utilização de novas ferramentas, fortalecimento do planejamento da equipe, reorganização das ações, processos de orientação na prática do serviço, avaliação e condutas focada em prioridades e novas abordagens às pessoas idosas. Como limitações: iv. curto espaço de tempo para o desenvolvimento das aprendizagens originárias da intervenção pedagógica e a resistência para implantação de novas práticas dos usuários e profissionais da UBS. Das 16 metas estabelecidas, 11 atingiram 100%, três 75,4%, uma 47,1% e uma 30%.

Palavras-chave: Atenção à saúde da pessoa idosa. Intervenção pedagógica. Educação Permanente em Saúde. Saúde da Família.

PENHA, Soraia Rohers. **The implantation of a health service routine to the elderly in a Family Health team in Porto Velho/RO.** 2019. 103 pages. Thesis (Professional Master's course in Family Health) – Universidade Federal de Rondônia, Porto Velho, 2019.

ABSTRACT

This research aimed at the implantation of an attention routine in the elderly people health in a Health Basic Center (HBC), through pedagogic intervention towards team capacity building. The problem appointed was: Which knowledge about the health of the elderly and about what is advocated by the Ministry of Health are necessary to the formation of a Strategic Team in Family Health for the implementation of a service routine to that population? The research approach is quantitative and qualitative, of the pedagogic intervention type, and involved open questionnaires of data collection and a worksheet of Objectives, Goals, Indicators and Actions (OGIA), from the Federal University of Pelotas. We applied questionnaires before and after intervention to six Health Community Agents (HCA) and eight resident physicians in Family and Community Medicine (FCM). We organized data in: service routine, learning and intervention assessment. The HCA indicated as positive points: i. advising pertinent to the communication with the family; attention in serving the elderly; handling the health booklet and encouragement to health professionals so that they reassume the medical follow-up of elderly people. As limitations: ii. Lack of a longer period to carry out the pedagogic intervention; impossibility of studies of specific diseases that affect the elderly and a further development of family and caregivers advising. Physicians indicated as positive points: iii. The use of new tools, the strengthening of the team planning, reorganização of actions, advising processes in the service practice, assessment and conducts oriented to priorities and new approaches to the elderly. As limitations: iv. Short space of time for the development of apprenticeship originated in the pedagogic intervention and resistance towards the implantation of new practices by the users and professionals from the HBC. Out of the 16 goals established, 11 reached 100%, three 75.4%, one 47.1% and one 30%.

Keywords: Elderly people health service. Pedagogic intervention. Permanent Education in Health. Family Health.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Descrição das Etapas da Intervenção Pedagógica	41
Quadro 2 – Descrição da Segunda Etapa da Intervenção Pedagógica	41
Quadro 3 – Objetivos e metas da Equipe Nova Esperança I/Industrial da UBS Pedacinho de Chão, no município de Porto Velho-RO	57

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Indicador de Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD) das pessoas idosas atendidas pela Equipe Nova Esperança I/Industrial Pedacinho de Chão	71
Gráfico 2 – Indicador de Atividades da Vida Diária (AVD) das pessoas idosas atendidas pela Equipe Nova Esperança I/Industrial Pedacinho de Chão	73

LISTA DE SIGLAS

ABS	Atenção Básica de Saúde
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AIVD	Atividades Instrumentais da Vida Diária
APS	Atenção Primária à Saúde
AVD	Atividades da Vida Diária
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CF	Constituição Federal
EPS	Educação Permanente em Saúde
eSF	Equipe Estratégia de Saúde da Família
ESF	Estratégia da Saúde da Família
e-SUS	Sistema Eletrônico do Sistema Único de Saúde
FIOCRUZ	Fundação Osvaldo Cruz
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MEEM	Mini-Mental
MFC	Medicina de Família e Comunidade
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMIA	Objetivos, Metas, Indicadores e Ações
PET-Saúde	Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde
PIBIC	Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PNH	Política Nacional de Humanização
PROFSAÚDE	Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RIPSA	Rede Intergerencial de Informações para Saúde
SAME	Serviço de Arquivo Médico e Estatístico
SEMUSA	Secretaria Municipal de Saúde de Porto Velho
SESAU/RO	Secretaria de Estado da Saúde de Rondônia
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPel	Universidade Federal de Pelotas
UNASUS	Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde
UNIR	Universidade Federal de Rondônia
USF	Unidade de Saúde da Família
VD	Visita Domiciliar

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	REFERENCIAL TEÓRICO	17
2.1	ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA PESSOA IDOSA	17
2.2	EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE.....	23
3	PERCURSO METODOLÓGICO	28
3.1	OPÇÃO METODOLÓGICA: ABORDAGEM QUALITATIVA E QUANTITATIVA DO ESTUDO.....	28
3.2	CONTEXTO EMPÍRICO DA PESQUISA.....	29
3.3	PARTICIPANTES DA PESQUISA	31
3.4	INSTRUMENTOS.....	31
3.4.1	Questionários Abertos.....	31
3.4.2	Planilha Objetivos, Metas, Indicadores e Ações – OMIA.....	33
3.5	PROCEDIMENTOS DE INTERVENÇÃO PEDAGÓGICA.....	33
3.5.1	Apresentação do Projeto à Gestora	33
3.5.2	Convite.....	34
3.5.2.1	Convite aos Profissionais da Equipe Nova Esperança I/Industrial da UBS Pedacinho de Chão, Porto Velho-RO.....	34
3.5.2.2	Convite aos Profissionais da Equipe Nova Esperança II, da UBS Pedacinho de Chão, Porto Velho-RO.....	34
3.5.2.3	Diagnóstico situacional.....	35
3.5.3	Planejamento da Intervenção Pedagógica.....	35
3.5.4	Implementação da Intervenção Pedagógica.....	36
3.5.4.1	Intervenção Pedagógica com os ACS.....	36
3.5.4.2	Intervenção Pedagógica com Médicos Residentes em MFC.....	38
3.5.5	Avaliação da Intervenção Pedagógica	41
3.5.6	Análise dos Dados Produzidos.....	42
4	RESULTADOS E DISCUSSÕES	43
4.1	ANÁLISES QUALITATIVAS: OLHAR DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE.....	43
4.1.1	Categoria Rotina de Atendimento.....	43
4.1.2	Categoria Aprendizagens.....	47

4.1.3	Categoria Avaliação da Intervenção.....	49
4.2	ANÁLISES QUALITATIVAS: OLHAR DOS MÉDICOS RESIDENTES EM MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE.....	50
4.2.1	Categoria Rotina de Atendimento.....	50
4.2.2	Categoria Aprendizagens.....	53
4.2.3	Categoria Avaliação da Intervenção.....	55
4.3	ANÁLISE QUANTITATIVA: OBJETIVOS, METAS E AÇÕES	57
5	CONCLUSÃO.....	80
	REFERÊNCIAS	84
	APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	92
	APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO 1 – CONHECIMENTOS PRÉ- INTERVENÇÃO PEDAGÓGICA SOBRE A ATENÇÃO À SAÚDE DA PESSOA IDOSA: AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE (ACS) / TÉCNICO DE ENFERMAGEM E DENTISTA.....	93
	APÊNDICE C – QUESTIONÁRIO 2 – CONHECIMENTOS PRÉ- INTERVENÇÃO PEDAGÓGICA SOBRE A ATENÇÃO À SAÚDE DA PESSOA IDOSA: MÉDICO RESIDENTE EM MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE E ENFERMEIRO	94
	APÊNDICE D – QUESTIONÁRIO 3 – CONHECIMENTOS PÓS- INTERVENÇÃO PEDAGÓGICA SOBRE A ATENÇÃO À SAÚDE DA PESSOA IDOSA: AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE (ACS) / TÉCNICO DE ENFERMAGEM E DENTISTA.....	96
	APÊNDICE E – QUESTIONÁRIO 4 – CONHECIMENTOS PÓS- INTERVENÇÃO PEDAGÓGICA SOBRE A ATENÇÃO À SAÚDE DA PESSOA IDOSA: MÉDICO RESIDENTE EM MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE E ENFERMEIRO	97
	ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP.....	99

1 INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) tem ampla importância na composição das Redes de Atenção à Saúde (RAS), dado que se apresenta associado ao dia a dia da vida das pessoas e comunidades em seus territórios e, desta maneira, proporciona cuidado as populações de forma mais célere e eficaz (BRASIL, 2011). Em razão da particularidade deste nível de atenção, em que distintas tecnologias se fazem necessárias, as equipes de saúde demandam desenvolver capacidades que requerem escuta, assistência entre outras habilidades, para lidarem com as necessidades das pessoas no processo de garantia da saúde. Desta maneira, é preciso aparatos que possibilitem a qualificação do cuidado e entre estes aparatos encontra-se a Educação Permanente em Saúde, uma vez que a educação proporciona elevada importância e centralidade nesta conjuntura (BRASIL, 2004).

A Educação Permanente em Saúde (EPS), é compreendida, a partir de 2010 com a implementação da Política Nacional de Humanização (PNH), como aprendizagem no ambiente de trabalho, em que o aprender e o ensinar se adicionam no cotidiano das instituições e do próprio serviço. A EPS fundamenta-se na aprendizagem significativa, na probabilidade de transformação da prática dos profissionais a partir dos problemas enfrentados na realidade, com base nos conhecimentos e experiências das pessoas envolvidas, considerando as necessidades de saúde das pessoas e populações. Isto é, “Os processos de educação permanente em saúde têm como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho” (BRASIL, 2010, p. 20).

Assim, a EPS necessita ser apreendida como um instrumento tecnológico de mediação na qualificação dos processos garantindo o ingresso com responsabilidade e resolução dos problemas nos serviços de saúde das pessoas. Por intermédio da EPS oportuniza-se a reflexão a respeito dos processos de trabalho em saúde, proporcionando conhecimentos que possibilitem o desenvolvimento de confiança entre as populações, os profissionais e as equipes, o que corrobora com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Atenção Integral à Saúde (BRASIL, 2009a).

Para Mendes (2012), a Atenção Básica em Saúde é a responsável por em torno de 85% dos problemas de saúde, sendo a polarizadora das redes de atenção à saúde em razão do acesso, da sequência do cuidado e da clínica estendida. Considerando tal responsabilidade, a Educação Permanente em Saúde adquire uma função importante na maneira de atender as populações e, particularmente, a atenção à saúde das pessoas idosas.

Diante desse contexto, a EPS tem se constituído um desafio para os componentes das equipes da Saúde da Família (eSF). Desafio este, que passa pela ampliação, revisão e, até mesmo, a carência de conhecimento para a implementação do trabalho, pela falta de oferta de formação conforme a demanda da equipe, pela garantia institucional de tempo destinado à capacitação dos profissionais, entre outros.

Nesse sentido, faz-se indispensável buscar mecanismos para melhorar os processos educativos experimentados pela equipe de saúde da família. Assim, ressignificar a EPS, nos serviços ofertados na saúde, dissemina meios para a qualificação destes serviços a partir de um processo educativo coeso com a prática profissional. Nesta perspectiva, o processo educativo se apresenta como uma ação por meio da qual os envolvidos, a partir de suas vivências diárias, organizam distintas construções de cuidado e de transformação do contexto.

Dessa maneira, a partir de determinadas reflexões sobre a EPS questionamos que conhecimentos sobre a saúde da pessoa idosa e sobre o que é preconizado pelo Ministério da Saúde são necessários para a formação de uma Equipe de Estratégia de Saúde da Família para a implementação de uma rotina de atenção à pessoa idosa?

A EPS se apresenta distante de ser uma ação incorporada no desenvolvimento do trabalho das equipes de Saúde da Família, tanto no âmbito estadual quanto municipal no estado de Rondônia. Particularmente, no que se refere à Unidade Básica de Saúde (UBS) Pedacinho de Chão, na cidade de Porto Velho-RO, esta se constitui como algo ainda a ser consolidado.

Perante à essa realidade, da carência de incorporação da EPS na referida UBS, estabeleceu-se como objetivo geral desta pesquisa implantar uma rotina de atenção à saúde do idoso na UBS Pedacinho de Chão, por meio de uma intervenção pedagógica voltada à formação da equipe Nova Esperança I/Industrial. Como objetivos específicos de investigação, elegeu-se identificar os conhecimentos prévios sobre Atividades da Vida Diária (AVD) e sobre Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD) da atenção à saúde da pessoa idosa, com ênfase nos conhecimentos dos membros da equipe de ESF e dos médicos residentes em Medicina de Família e Comunidade (MFC), para assim intervir de maneira pedagógica nas suas formações no que diz respeito a atenção à saúde da pessoa idosa.

Conforme Farah (2003), a EPS se constitui numa possibilidade constante de busca de opções e saídas para os problemas autênticos de saúde experienciados pelas pessoas, bem como pelos grupos em seus contextos. Assim, para atingir tais objetivos, estabelecemos como trajetória metodológica a abordagem qualitativa (MINAYO, 2001; BOGDAN; BIKLEN, 2013), com base na pesquisa de intervenção pedagógica (DAMIANI *et al.*, 2013) e com

análise de conteúdo (MORAES, 1999) e por fim utilizou-se a abordagem quantitativa (KNECHTEL, 2014).

Participaram da investigação seis Agentes Comunitários de Saúde e oito médicos Residentes em Medicina de Família e Comunidade, que atuavam na UBS Pedacinho de Chão, Porto Velho-Rondônia.

Espera-se da EPS, uma formação que conduza a mudança de determinadas práticas profissionais, assim como a competência na organização e na sistematização do trabalho realizado nos serviços de saúde. Neste sentido, a EPS deve instituir-se como uma ferramenta constante que possibilite aos profissionais desenvolver novas atitudes para a efetivação de um serviço de saúde com melhor qualidade. Entre tais atitudes, destaca-se a busca da redução do trabalho centrado no profissional ou nos procedimentos, atendimentos mais humanizados e maior comprometimento com o cuidar das pessoas, de acordo com os princípios do SUS: universalidade, equidade, descentralização, integralidade e controle social (BRASIL, 1988).

Entretanto, como médica de família e comunidade desde o ano de 2012, atuando junto a uma das Equipes de Saúde da Família (eSF), como preceptora de internato de medicina desde 2015 e como preceptora de residência em Medicina de Família e Comunidade (MFC) a partir de 2016, na UBS Pedacinho de Chão, cidade de Porto Velho-RO, observamos lacunas de conhecimentos nos processos de trabalho dos profissionais com relação à atenção à saúde da pessoa idosa.

Dessa maneira, justificamos esta pesquisa a partir desse olhar médico, há sete anos na saúde pública municipal e estadual em Porto Velho-RO, com base na carência dos conhecimentos identificadas junto à equipe sobre a atenção à saúde da pessoa idosa e, também, no desejo que a equipe proporcione uma melhoria do trabalho desenvolvido com essa população.

Desse modo, esta pesquisa mostra-se importante por possibilitar o aprendizado dos conhecimentos que parece faltar aos profissionais da equipe Nova Esperança I/Industrial e a partir de sua visão sobre a atenção à saúde da pessoa idosa, evidenciar propostas que podem cooperar para o desenvolvimento dos processos apropriados às necessidades desta população, que são acompanhadas pela referida equipe da UBS Pedacinho de Chão.

Os subsídios que a resolução do problema em foco pode trazer para a realidade na qual a população se apresenta tem significativa relevância social, pois na medida em que a equipe de profissionais tem propriedade e segurança na condução dos processos para o atendimentos das pessoas idosas na UBS, nas visitas domiciliares, bem como em outras atividades, a tendência é a obtenção de uma população melhor orientada, mais esclarecida, melhor

informada, além de maior assertividade nos procedimentos de saúde demandados por cada uma das pessoas das diversas populações.

Espera-se com esta pesquisa que, a experiência da Equipe Nova Esperança I/Industrial, possa tornar-se uma prática a EPS junto a própria equipe, quiçá que ela possa ser expandida para as demais equipes da UBS Pedacinho de Chão e também a todas as equipes da saúde da família do município de Porto Velho, assegurando, assim, uma assistência à atenção à saúde das pessoas idosas de boa qualidade por meio de mudanças de concepções, visões, fortalecimento do trabalho em equipe e valorização dos profissionais.

Investigar e analisar a respeito da EPS é importante, pois permite aos profissionais de saúde, assim como às pessoas idosas a possibilidade de aprender, e também, ensinar sobre saúde, doença, medicamentos, convivência, generosidade, solidariedade, etc. Se constitui uma trajetória para construção do conhecimento no campo da saúde como prática libertadora e emancipatória, que conforme os estudos e proposições de Freire (1996), oportuniza o desenvolvimento da autonomia do sujeito e com base na aprendizagem significativa de Ausubel (1968), a qual possibilita aos envolvidos nos processos refletirem sobre seus problemas e buscar soluções para aquela realidade.

Fomentar a conexão entre as equipes multidisciplinares de saúde e as pessoas idosas, assegurando por meio da UBS o acesso e o acompanhamento das demandas desta população é um desafio admissível e possível de materialização. Para tanto, a Atenção Básica de Saúde (ABS) necessita adequar-se ao contexto e inserir-se na concepção de partícipe ativo e constituir-se como organizadora dos circuitos das redes de atenção e para tanto a EPS, se institui como indispensável.

Nesse sentido, organizamos nossas reflexões pertinentes à esta pesquisa¹, por meio de uma introdução, referencial teórico, percurso metodológico, resultados e discussões e conclusão.

Na introdução, garantimos uma breve contextualização sobre EPS, a problemática do estudo, seus objetivos gerais e específicos, sua metodologia, sua justificativa, assim como a

¹ Vinculada ao subprojeto “Interprofissionalidade e preceptoria no SUS: implicações para o ensino e a atenção em saúde”, financiado pela Fundação de Amparo ao Desenvolvimento das Ações Científicas e Tecnológicas e à Pesquisa do Estado de Rondônia (FAPERO), sendo constitutivo do projeto matriz intitulado “Estudo sobre morbidades em Rondônia: a assistência, a formação e o ensino em discussão”, aprovado pelo CEP/UNIR sob o parecer n. 2.548.115. Também vinculada ao Grupo de Pesquisa HISTCULT – Educação, Psicologia Educacional e Processos Formativos, inserida nas Linhas de Pesquisa Educação na Saúde e Intervenção Pedagógica. É uma investigação que se relaciona com o projeto de pesquisa “Educação interprofissional e prática colaborativa entre profissionais da Atenção Primária à Saúde em Rondônia” (Edital de chamada 001/2018 PPSUS – projeto do Centro de Pesquisa e Estudo em Saúde Coletiva (CEPESCO) com apoio do HISTCULT).

estrutura da dissertação. No referencial teórico, asseguramos a discussão sobre as políticas públicas de saúde no Brasil, a atenção à saúde da pessoa idosa e a educação permanente em saúde e sobre literaturas que permitiram a análise dos dados produzidos. No percurso metodológico, registramos as etapas da pesquisa pertinentes à produção dos dados qualitativos e quantitativos.

Nos resultados e discussões, sistematizamos os dados qualitativos oriundos de uma intervenção pedagógica por meio das categorias: rotina de atendimento, aprendizagens e avaliação da intervenção. Os dados quantitativos foram organizados com base na planilha Objetivos, Metas, Indicadores e Ações - OMIA (UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS, 2011).

Na conclusão, retomamos os objetivos, os principais resultados e considerações finais pertinentes à pesquisa.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA PESSOA IDOSA

A partir da criação do Sistema Único de Saúde (SUS) a saúde deixou de ser uma política de governo para se tornar uma política de estado, além de apresentar um padrão conexo com os modelos de sistematização de saúde de países que são considerados exemplos em saúde pública, os quais têm similaridades, sobretudo, no que diz respeito ao acesso universal, à equidade, ao controle social, assim como à Atenção Básica a Saúde, enquanto polarizadora do cuidado (CAMPOS, 2012).

Ao se referirem ao SUS Macedo e Martin (2014), explicam que este “aglutina ações assistenciais e preventivas em quaisquer dos âmbitos de prestação de cuidado, do primário ao terciário” (MACEDO; MARTIN, 2014, p. 2). Para tanto, foi hierarquizado por meio de três níveis (primário, secundário e terciário), considerando a complexidade das doenças.

Em se tratando da atenção secundária se estabelece como de média complexidade, visto que é designada a pessoas em que determinada doença foi identificada e demanda acompanhamento especializado, em distintas áreas da saúde (ROUQUAYROL, 2017). Ao se referir ao atendimento secundário, Erdmann *et al.* (2013) afirmam que estes “compreendem consultas ambulatoriais de especialidades médicas e odontológicas, atendimentos de urgência e emergência, atendimentos em saúde mental, certos tipos de exames laboratoriais e de imagem e cirurgias.” (ERDMANN *et al.*, 2013, p. 4).

A atenção terciária se institui como alta complexidade, destinada a pessoas com situação de maior gravidade, que demandam internação a fim de obter melhor acompanhamento, como as Unidades de Tratamento Intensivo (ROUQUAYROL, 2017).

Além dos três níveis (primário, secundário e terciário), há que se considerar a reabilitação, dedicada a pacientes que obtêm alta, mas que ainda necessitam acompanhamento posterior, como fisioterapia.

Sendo assim, o SUS demanda monitoramento permanente para que continue a avançar em relação aos serviços ofertados, pois, via de regra, novas demandas são originadas por parte das populações e estas precisam ser respeitadas (BRASIL, 2013). Deste modo, um movimento contínuo de reflexão e de reorganização dos padrões de gestão e atenção à saúde no nosso país são essenciais, sobretudo, em razão de serem padrões que orientam a execução do cuidado das pessoas e das populações.

Nesse aspecto, a ABS adquire uma especial importância, pois, além de se encontrar mais próxima do dia a dia das pessoas e populações, se constitui como um dos primeiros níveis (básico), destinado aos atendimentos e ações de promoção, prevenção e recuperação do estado da saúde (CARVALHO *et al.*, 2018). Em nosso país, por meio dos vários programas implementados pelo governo diretamente vinculados à ABS, são atendidos em torno de 85% das necessidades pertinentes à saúde das populações do SUS (MENDES, 2012).

Especialmente com a criação da Estratégia Saúde da Família (ESF), iniciada em meados de 1993 e regulamentada em 1994 pelo Ministério da Saúde (MS), com a intenção de transformar a maneira tradicional de prestação de assistência à saúde, os atendimentos e ações, foram ampliados. Deste modo, o enfoque de atenção à saúde deixou de ser centrado somente no indivíduo e na doença e incidiu igualmente para o coletivo, tornando-se a família o lugar distinto de desempenho da ESF (BESEN *et al.*, 2007; VANDERLEI; ALMEIDA, 2007).

Se constitui um desafio aos profissionais da saúde a superação do atendimento de forma tradicional de assistência à saúde, pois além do confronto da doença em si, tem-se as situações ligadas à realidade social e cultural das famílias (BORGES; D'OLIVEIRA, 2011).

Com o enfoque da saúde na família, ocorreram alterações na formação e no cuidado em saúde, assim como induziu-se as pessoas e estabelecimentos de saúde a compreender a necessidade de mudança, simultaneamente, as práticas de cunho educativo, assim como as ações e serviços inerentes de saúde (CECCIM; FEUERWERKER, 2004; BRASIL, 2005).

De tal modo, os serviços passaram a ser orientados por ações de cunho multidisciplinar, delineadas com base nas demandas das localidades, a partir do levantamento das necessidades de saúde do território e instituição de conexões entre os profissionais e pessoas das distintas populações, com finalidade de promover a garantia a efetividade da Atenção Primária (SILVA; CASOTTI; CHAVES, 2013).

Nesse sentido, a territorialização se organiza por meio de níveis, que numa rede de serviços ofertada pelo Estado é responsável pela saúde de toda a população. Tal organização e instrumentalização na área geográfica procura garantir os princípios, assim como as diretrizes do SUS (PEREIRA; LIMA, 2009, p. 43) no que se refere ao atendimento por parte dos profissionais de saúde destinada a grupos específicos – “pessoa idosa, criança e adolescente, adulto, portador de doenças específicas, como hipertensão arterial, diabetes, hanseníase, doença sexualmente transmitida/síndrome da imunodeficiência adquirida, além de outras; e ainda referente saúde da mulher e do homem” – dentre estes, destacamos a atenção à saúde da pessoa idosa.

Assim, a atenção à saúde da pessoa idosa, se constitui parte integrante das atribuições de todos os profissionais da UBS, sendo importante salientar que a Equipe deverá admitir e decidir que instrumentos de trabalho precisam ser empregados, assim como a função de cada componente nas distintas fases do cuidado. Daí a importância da Educação Permanente em Saúde (EPS) para a qualificação da atenção à saúde da família em especial a atenção à saúde destinada à população das pessoas idosas.

A importância reside no fato que de acordo com a Rede Interagencial de Informações para Saúde – RIPSa (REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA SAÚDE, 2009, p. 18), a população maior de “65 anos está crescente, passando de 5,5%, em 2000, a 10,7%, em 2025, e a 19,4%, em 2050.”

Os dados estatísticos demonstram as modificações expressivas de demanda que resultam da transição da estrutura etária e na reorganização do sistema de saúde no que se refere à infraestrutura, aos recursos humanos e também à implementação de um vasto apoio técnico e metodológico que nem sempre tem estado à disposição na atenção à saúde de pessoas idosas. E essa realidade impõe grandes desafios em diversos aspectos diretamente vinculados a essa população, pois “à medida que a sociedade envelhece, os problemas de saúde das pessoas idosas desafiam os modelos tradicionais de cuidado.” (VERAS; CALDAS; CORDEIRO, 2013, p. 1.190).

Entre os desafios do aumento da população idosa está a maior atenção as necessidades de acesso e qualidade em saúde desta população. Saúde esta que passa pela compreensão dos aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais (HOYER; ROODIN, 2003).

Em se tratando dos aspectos cronológicos, medida por meio do tempo, a idade de uma pessoa é algo que demonstra uma marcação aproximada do procedimento que interfere no desempenho no decorrer do tempo de vida. Determinadas pessoas, na idade de 60 anos, já possuem alguma inabilidade; enquanto outras somente aos 85 anos (BEE, 1997).

Os aspectos biológicos, em se tratando da idade biológica, esta é determinada pelas mudanças do corpo e da mente, que ocorrem durante o processo de desenvolvimento e demonstram a expressão do envelhecimento das pessoas, iniciada anteriormente ao nascimento do sujeito e se distendem por toda a existência dos seres humanos (SCHNEIDER; IRIGARAY, 2008).

É por meio do aprender, da memória, do pensamento, da capacidade intelectual, do controle da emoção, das estratégias para lidar com situações adversas de perda, de intimidação ou de desafios que extrapolam o habitual ou uma resposta pronta, que se define o aspecto psicológico, isto é, a capacidade de adaptação de cada pessoa para se adequar às

determinações do meio (HOYER; ROODIN, 2003). São essas características psicológicas que fornecem elementos que permitem, a partir de maior ou menor grau, considerar as pessoas como novas ou velhas psicologicamente.

Com base nesses aspectos, diversas doenças acometem a população idosa, entre elas a derrames, pneumonia, câncer, enfisema e bronquite crônica, infecção urinária, osteoporose, osteartrose diabetes, perda da visão (cataratas, glaucoma e degeneração macular relacionada à idade), mal de Parkinson, Alzheimer (KARA-JOSÉ; BICAS; CARVALHO, 2008), Hipertensão (MENDES; MORAES; GOMES, 2014), depressão (GULLICH; DURO; CESAR, 2016) e perda auditiva (ARAÚJO *et al.*, 2015).

Essas doenças comuns entre pessoas idosas têm resultado como uma de suas características que o número médio de internações desta população tem sido o dobro em relação ao restante dos adultos e, tal número se amplia gradativamente com a idade, atingindo mais de três vezes no intervalo etário de 80 e mais anos (REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÃO PARA A SAÚDE, 2009).

As razões das internações da população idosa são as mais diversas possíveis. Dentre elas, destacamos: acidente vascular encefálico (QUEIROZ *et al.*, 2016); transtornos mentais (SANTOS *et al.*, 2017), múltiplos fatores – à autopercepção negativa de saúde; a deixar de realizar quaisquer de suas atividades habituais por motivo de saúde; à dificuldade para ir ao médico e para andar sozinho; a procurar recentemente algum lugar, serviço ou profissional de saúde para atendimento relacionado à própria saúde; à frequência aumentada de consulta médica anual e; à emergência domiciliar – (BORDIN *et al.*, 2018).

As principais causas de morte entre as pessoas idosas tem sido o acidente vascular cerebral e a doença isquêmica do coração, que devido ao descontrole da hipertensão arterial, assim como o câncer (e seus diversos tipos), tem requerido novas atitudes de precaução e de intervenções precoces (REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA SAÚDE, 2009).

A mesma Rede Internacional de Informações para a Saúde (2009) registra que embora as doenças crônicas, como hipertensão arterial e artrite/artrose, são mais predominantes entre as pessoas idosas, o diabetes e a depressão, apesar de menos comum, são doenças que provocam incapacidades sérias.

Essas doenças, crônicas ou não, que prejudicam a população idosa, demandam tratamentos distintos, mas também EPS dos profissionais que atuam diretamente com a atenção à saúde da pessoa idosa, pois a sociedade encontra-se em constante processo de

mudança, tecnologias têm sido colocadas à disposição para que se oportunize ampliar a qualidade de vida das pessoas idosas (CECCIM; MERHY, 2009).

Daí a importância das ferramentas, como por exemplo, AVD (KATZ *et al.*, 1963), AIVD (LAWTON; BRODY, 1969), VES-13 (SALIBA, 2001), além de outras, para avaliação das fragilidades da atenção à saúde da pessoa idosa, pois a manutenção do processo de Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa possibilitará o controle de aspectos de saúde/doença de cunho biológico, físico, psicológico, cognitivo, social, entre outros. Tais aspectos, via de regra, resultam em pessoas idosas vulneráveis a ocorrências desfavoráveis, ampliando sua inabilidade e perigo de dependência funcional. A diminuição da independência das pessoas idosas se encontra diretamente vinculada à restrição da qualidade de vida e avanço da ameaça de dependência, além da institucionalização e morte antecipada (FARÍAS-ANTÚNEZ; FASSA, 2019).

Assim, os desafios predominantes, em relação à atenção à saúde da pessoa idosa, incluem o acesso à UBS em razão da baixa cobertura da ABS, a ausência de disponibilidade ou a qualidade do suporte do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), a desarticulação das redes intra e intersetoriais e as limitações da atuação da equipe, entre outros (SCHENKER; COSTA, 2019).

Entre as causas da baixa cobertura da ABS, enquanto desafio de atenção à saúde da população idosa, estão a compartimentação do sistema de saúde, a falta de um padrão de atenção à saúde da população idosa, a carência de profissionais de saúde, além do panorama de desrespeito social ao ciclo de vida da velhice (COELHO; MOTA; CALDAS, 2018).

Com relação à ausência de disponibilidade ou à qualidade do suporte do NASF, como desafio na atenção à saúde da pessoa idosa, Andrade *et al.* (2012) aponta que existe falta de articulação na equipe e na gestão, carência de capacitação profissional da saúde e demanda reprimida. Brocardo *et al.* (2018), por sua vez, aponta a inadequação no monitoramento análise de dados e registra que a formação inicial e a educação permanente em saúde necessitam de maior incremento.

A disponibilidade com qualidade do NASF, possibilita o atendimento com diversos profissionais, corroborando com a equipe da eSF na solução de casos mais complicados, pelo fato que qualifica o atendimento da pessoa idosa e contribui com os profissionais nas abordagens e deliberações. O NASF mostra-se como um instrumento que estimula a totalidade do cuidado e que tende a reduzir o quantitativo de encaminhamentos dessa população à atenção secundária (SCHENKER; COSTA, 2019).

A desarticulação das redes intra e intersetoriais apresenta-se como um desafio no que se refere à atenção à saúde da pessoa idosa (WARSCHAUER; CARVALHO, 2014). Para os autores são cinco dificuldades na implementação de projetos, programas, ações e atividades intersetoriais, são elas:

complementaridade entre setorialidade e intersetorialidade; necessidade de caracterizar o contexto; pactuação e alinhamento em relação a conceitos, objetivos, diretrizes, metas e avaliação dos projetos, programas e políticas; constituição de redes de trabalho e comunicação entre os diversos atores. (WARSCHAUER; CARVALHO, 2014, p. 1).

Daí a importância da articulação entre as redes intra e intersetoriais pois, a vinculação dessas contribuem com a eliminação de obstáculos, permitindo o completo acesso das pessoas idosas aos cuidados de saúde, possibilitando a qualidade da atenção, da proteção e da promoção à saúde dessa população (BRASIL, 2013).

Quanto às dificuldades da atuação da eSF, como desafio à atenção à saúde da pessoa idosa, Miccas e Batista (2014) produziram o estado da arte de 2000 a 2011 a respeito dos principais conceitos e práticas vinculadas à EPS e, concluíram que a articulação educação e saúde pautam-se nas atividades dos serviços ofertados de saúde, na gestão e também em instituições formadoras. Desta maneira, é desafiador desenvolver processos de ensino-aprendizagem cujas ações sejam de cunho crítico-reflexivas, em que as proposições de EPS estejam asseguradas à participação dos profissionais de cada serviço, professores e demais profissionais de instituições de educação, para a solidificação de uma aprendizagem com significado.

Na pesquisa realizada nos períodos de março a outubro de 2014 e de março a junho de 2015, no estado de Minas Gerais (SILVA; MATOS; FRANÇA, 2017), ao analisar as práticas de EPS e suas reverberações no trabalho dos profissionais de saúde envolvidos, encontraram indicativos de um processo de modificação das práticas educacionais movimentados pela EPS. Entretanto, reconhecem a limitação da pesquisa quanto o olhar nacional em razão desta ter sido desenvolvida especificamente em Minas Gerais.

Lemos e Silva (2018) levantaram o estado da arte sobre a EPS de 2016 a 2018, localizaram 65 pesquisas e, concluíram que no Brasil estas têm a função de política pública com a finalidade de estruturar as ações de educação no campo do SUS. Também concluíram que conceitualmente a EPS é dinâmica, e foi sendo alterada com base em eventos da área. Entretanto, manteve a essência de que se constituiu toda prática desenvolvida no espaço do trabalho, visando a modificação das práticas laborais para melhoria do atendimento as pessoas

de um certo sistema de saúde, em que o enfoque se encontra na participação efetiva dos profissionais de saúde no processo de ensino-aprendizagem.

Todavia, cabe lembrar, que em se tratando das atribuições dos profissionais de saúde, estas constam descritas na PNAB (2012; 2017), Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, item 4.2.6, letra a e b (BRASIL, 2017).

As responsabilidades do Agente Comunitário de Saúde também constam no material “O trabalho do Agente Comunitário de Saúde” (BRASIL, 2009a) onde se apresenta o processo de trabalho em equipe, o planejamento das atividades e as ferramentas para o desenvolvimento do trabalho.

E, ainda consta no Estatuto do Idoso, Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, capítulo IV, (BRASIL, 2003) indicativos do trabalho dos profissionais de saúde ao versar sobre o direito à saúde da pessoa idosa.

2.2 EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

Refletir a respeito da Educação Permanente em Saúde (EPS) é indispensável na perspectiva de reexaminar os procedimentos de trabalho das equipes, uma vez que o redirecionamento do processo dos serviços em saúde demanda motivação e interesse dos profissionais dessa área (NOGUEIRA; BALDISSERA, 2018).

Deste modo, estratégias distintas para o desenvolvimento da EPS no trabalho dos profissionais de saúde, a respeito da atenção à saúde da pessoa idosa, isto é, principalmente, por meio de rodas de conversa e exposição dialogada são apontadas por Cardoso (2012) e Pereira *et al.* (2018).

A busca de estratégias deriva de uma necessidade de conhecimentos indispensáveis para conhecer e reconhecer as dificuldades no mundo do trabalho e nos serviços na ESF. A partir desse entendimento, pode-se apontar a questão essencial da EPS, o foco estruturante na constituição do produto que diz respeito à capacitação de profissionais de saúde para a atenção à saúde da população idosa, possibilitando tornarem-se mais sensíveis, qualificados e solidários no exercício da sua profissão (SCHENKER; COSTA, 2019).

A Política Nacional em EPS (PNEPS) indica a inclusão de ações de cunho educativo no espaço de trabalho dos profissionais da área da saúde, destacando a relevância do debate de problemas experienciados com base no contexto observado, assim como nos conhecimentos e vivências expostas, para a melhoria da atuação e ampliação de competências e habilidades, visando a transformação da localidade (BRASIL, 2009a).

A educação permanente em saúde

precisa ser entendida, ao mesmo tempo, como uma ‘prática de ensino-aprendizagem’ e como uma ‘política de educação na saúde’. Ela se parece com muitas vertentes brasileiras da educação popular em saúde e compartilha muitos de seus conceitos, mas enquanto a educação popular tem em vista a cidadania, a educação permanente tem em vista o trabalho. (CECCIM; FERLA, 2009, p. 1).

Nesse sentido, a EPS se constitui como educação no, para e pelo trabalho independentemente dos serviços implementados, em que a intenção é a manutenção atualizada das práticas, acompanhando as inovações da literatura, os procedimentos metodológicos, acadêmicos, técnicos acessíveis, contribuindo para a constituição de relações e tecnologias que se originam do contexto das equipes, para promover a melhoria da saúde da população (FARAH, 2003).

A EPS pode ser ainda delineada como procedimento de aprendizagem no trabalho, pois possibilita o levantamento de problemas e demandas de caráter pedagógico e, com base no processo de reflexão, procura estratégias de enfrentamento, de preferência, no próprio espaço de trabalho (PEDUZZI *et al.*, 2009). Ou seja, orienta-se pela aprendizagem significativa, admitindo que o conhecimento se estabelece no reconhecimento das demandas e na procura de soluções para aqueles problemas identificados (MOTTA; RIBEIRO, 2005).

A aprendizagem significativa pautada em Ausubel (1968) se constitui a partir de um processo pelo qual uma nova informação correlaciona-se com outros conhecimentos expressivos já apropriados pelo sujeito. Deste modo, a aprendizagem se torna significativa na medida em que novos saberes (conteúdos, opiniões, conjecturas, padrões, procedimentos) obtêm significados para o sujeito em processo de aprender, na medida em que o mesmo adquire capacidades e habilidades para solucionar problemas novos (MOREIRA, 2003).

A problematização se institui num entendimento educativo que instiga procedimentos de ensino e aprendizagem críticos e reflexivos, por meio do qual o sujeito tem maior possibilidade de participar e comprometer-se com seu próprio aprendizado. Essa metodologia proporciona situações de ensino que promovem uma aproximação crítica do sujeito com o contexto em que vive; a reflexão a cerca de problemas que originam interesse e desafios; liberação de recursos para investigações de problemas e busca de respostas; reconhecimento e estruturação de prováveis soluções às situações e emprego dessas soluções (SOBRAL; CAMPOS, 2012).

Com a finalidade de melhor compreender a concepção de aprendizagem significativa de Ausubel (1968), esclarece-se que a referida aprendizagem se origina pressentimento de que

se pode aprender novamente o conhecimento passado, e essa disposição não deve ser entendida como motivação. O sujeito que aprende precisa estar disposto a aprender, precisa ter um motivo ou uma necessidade, assim como disposição para a compreensão, para o entendimento da temática almejada. O aprendizado e o entendimento trazem prazer. Se estabelece uma relação de afetividade e a aprendizagem necessita ter significado, apresentar sentido para o aprendente.

Essa visão pedagógica para saúde tem evidente aproximação com as ideias de Paulo Freire. Aprender com base em aprendizagens significativas e problematizadoras se ancora em uma prática educativa popular progressista, defendida por Freire (1996) por meio do apontamento dos nove saberes que constituem a base dessa Educação Libertadora.

ensinar exige rigorosidade metódica, exige pesquisa, exige respeito aos saberes dos educandos, exige criticidade, exige estética e ética, exige a corporeificação das palavras pelo exemplo, exige risco, exige reflexão crítica sobre a prática e exige o reconhecimento e a assunção da identidade cultural. (FREIRE, 1996, p. 13-18).

Prado (2015) corrobora com Freire (1996), ao afirmar que a base para a EPS está na educação popular, na medida em que a essência do atendimento está no indivíduo, na consideração da sua cultura, dos saberes, no acolhimento e na escuta para, posteriormente, orientar os processos de saúde, pois as pessoas são diferentes umas das outras. Assim, deve-se evitar o procedimento tradicional, extrapolar o parâmetro de modelo biomédico da doença, a conduta de imposição, de prescrição são imprescindíveis na relação da equipe de saúde com as populações.

Desse modo, no desenvolvimento da EPS, faz-se necessário a propositura de situações que tenham sentido, significado para os profissionais envolvidos, assim como considerar os conhecimentos já adquiridos pelos mesmos (MASINI; MOREIRA, 2008). Esse entendimento demonstra a importância do diálogo, da valorização do saber prévio das equipes, comprova que as pessoas estão em constante formação e, em seu vínculo no dia a dia, constrói conhecimentos e saberes, elementos que podem transformar a forma de administrar a vida e o trabalho.

A EPS possibilita o aperfeiçoamento, a transformação dos procedimentos em saúde, melhora e amplia a condição dos serviços ofertados, as distintas populações, pois esta estratégia se desenvolve no ambiente de trabalho, considerando a realidade daquele espaço de saúde (MASSAROLI; SAUPE, 2005).

Todavia, nos serviços de saúde, as capacitações são predominantemente pontuais, constituídas de maneira vertical, com matéria uniformizada, dirigidas indistintamente a

diversos públicos, ignorando o contexto local e as demandas dos profissionais, o que geram baixo impacto e produzem pouca mudança nas práticas dos trabalhadores da saúde (CARDOSO, 2012; FEUERWERKER, 2014; MERHY; FEUERWERKER, 2014).

A aprendizagem possui um significado de ordenamento e conexão do material em sua disposição de conhecimentos, que significa um conteúdo integral de ideias de um determinado sujeito e a sua forma de organização (AUSUBEL, 1968). A ênfase está naquilo que o sujeito já sabe, conhece e domina. Na teoria de Ausubel a palavra-chave é a interação: interação essa entre o conhecimento novo e o anterior (MOREIRA, 2012).

Reconhecemos que a interação é a direção da aprendizagem significativa e que os conhecimentos prévios se tornam mais abundantes, mais aprimorados e contraem novos significados pelo intercâmbio, tornando-o compreensível. Neste sentido, os materiais educacionais também adquirem importância, pois estes precisam ser significativos, de maneira que os profissionais participantes da EPS tenham vontade, prazer, entusiasmo para aprender.

Nesse aspecto, os profissionais de saúde passam de ouvintes a protagonistas das formações e capacitações, pois a partir do seu fazer cotidiano, enquanto equipe e, com base nas demandas das populações, tornam-se partícipes do processo de desenvolvimento da política pública de EPS (SARRETA, 2009).

Santos e Coutinho (2014) afirmam que é imprescindível implementar a EPS fundamentada no trabalho em equipe como forma de organização dos serviços em saúde, o qual se distingue pelo relacionamento mútuo entre o trabalho e o intercâmbio de saberes, em que o diálogo é categoria decisiva para o vínculo na saúde.

Para tanto, é indispensável que as atividades desenvolvidas na ESF estejam fundamentadas na EPS com a finalidade de promover a qualificação e reorganização dos procedimentos de trabalho, o qual presume que os profissionais de saúde analisem o contexto em que estão incluídos, listando os problemas ocorridos no trabalho, assim como os artifícios de confrontação e solução, fortalecendo a alteração do padrão de cuidado, pois a participação dos profissionais provoca a mudança das práticas de atenção, de gerenciamento e de elaboração de políticas (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

Para conquistar o espaço ativo na EPS é preciso alterar os modelos intrínsecos predominantes nos ambientes de saúde (CECCIM, 2005), isto é, abdicar de um atendimento calcado na clínica vertical, mecânica, estritamente biológica, centralizada no medicamento.

Embora os estudos acadêmicos tenham mostrado o crescimento da EPS a partir da década de 1970, até a presente data, tanto nacionalmente quanto internacionalmente,

particularmente no Brasil, houve um progresso nas discussões conceituais da EPS, contudo ainda se constata determinadas discrepâncias no desenvolvimento do trabalho dos profissionais de saúde (CAMPOS; SENA; SILVA, 2017).

A partir dessas argumentações, as discussões teóricas pertinentes à aprendizagem significativa comportam os subsídios essenciais para o desenvolvimento das metodologias de cunho educativo nos distintos níveis da saúde e podem trazer contribuições expressivas a prática dos profissionais. Portanto, ressalta-se o potencial da EPS, bem como o desenvolvimento do trabalho em equipe para o desencadeamento da amplificação da capacidade do cuidado, da solução dos problemas de saúde nas UBS, assim como da vida das pessoas.

3 PERCURSO METODOLÓGICO

3.1 OPÇÃO METODOLÓGICA: ABORDAGEM QUALITATIVA E QUANTITATIVA DO ESTUDO

O presente estudo teve como finalidade implantar uma rotina de atenção à saúde do idoso na UBS Pedacinho de Chão, por meio da realização de uma intervenção pedagógica voltada à formação da equipe Nova Esperança I/Industrial.

Para tanto, levantamos os conhecimentos prévios sobre as ferramentas Atividades da Vida Diária (AVD) e as Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD) utilizadas na atenção à saúde da pessoa idosa, com ênfase nos conhecimentos dos membros da equipe de ESF e dos médicos residentes em MFC, e intervimos na formação dos membros da equipe e médicos residentes de MFC para a atenção à saúde da pessoa idosa.

Nesse sentido, com relação ao seu caráter geral, a pesquisa adequa-se ao conjunto das investigações de abordagem qualitativa e quantitativa.

Os dados coletados por meio da abordagem qualitativa apresentam diversas características, entre elas: 1) expressa-se no espaço natural como sua fonte de origem dos dados e o investigador se estabelece como sua principal ferramenta; 2) utiliza-se de vários métodos de interação entre pesquisador e pesquisados, com o envolvimento intenso do primeiro para a coleta e a análise dos dados; 3) constitui-se uma forma de abordagem descritiva e interpretativa; 4) analisa-se os dados, na abordagem qualitativa, frequentemente, de maneira indutiva e 5) trata-se de uma investigação que demanda prudência do pesquisador no que tange ao significado que os investigados atribuem aos distintos acontecimentos, assim como a sua existência (BOGDAN; BIKLEN, 2013).

A pesquisa qualitativa “[...] trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos [...]” (MINAYO, 2001, p. 22). Nesse contexto, buscou-se nos dados qualitativos a compreensão do processo no qual os indivíduos da pesquisa estavam envolvidos.

Quanto ao caráter relacionado à pesquisa quantitativa, “está ligada diretamente à quantificação dos dados, na experimentação, na mensuração e no controle rigoroso dos fatos.” (KNECHTEL, 2014, p. 92). Isto é, baseia-se em testes dentro de uma composição de variantes quantificadas de números analisadas a partir de estatísticas, objetivando promover generalizações que possam sustentar ou não um estudo.

O tipo de investigação que fundamentou esta pesquisa foi a metodologia intervenção pedagógica que “envolve o planejamento e a implementação de interferências (mudanças, inovações pedagógicas) – destinadas a produzir avanços, melhorias, nos processos de aprendizagem dos sujeitos que delas participam – e a posterior avaliação dos efeitos dessas interferências.” (DAMIANI *et al.*, 2013, p. 2).

A pesquisa de intervenção pedagógica objetiva produzir conhecimentos para utilização na prática e/ou orientados à resolução de problemas inerentes de processos concretos, baseando-se em mudanças introduzidas em procedimentos pedagógicos, fundamentado em um determinado marco teórico de conhecimento, com a finalidade de promover melhoria nos processos que ao final são avaliados (CASTRO, 2014).

Após o diagnóstico, foram realizadas as três etapas interventivas: planejamento, implementação e avaliação da intervenção – descritas a seguir.

3.2 CONTEXTO EMPÍRICO DA PESQUISA

Esta pesquisa foi desenvolvida dentro dos limites do espaço urbano do município de Porto Velho, capital do estado de Rondônia, que possui 34.096,338 Km² de área geográfica, uma população de 428.527 pessoas, equivalendo a uma densidade demográfica de 12, 57 habitantes por quilômetros quadrados (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010).

A Unidade Básica de Saúde (UBS) Pedacinho de Chão, localizada na cidade de Porto Velho, escolhida como lócus da pesquisa é composta por quatro equipes de ESF, sendo duas no turno matutino e duas no turno vespertino. Compõem a UBS Pedacinho de Chão um total de 65 servidores, sendo quatro enfermeiras, quatro médicos, quatro técnicos administrativos, um farmacêutico, um bioquímico, cinco auxiliares de serviços gerais, cinco assistentes de administração, três auxiliares de enfermagem, sete técnicos de enfermagem, dois auxiliares de serviço de saúde, dois auxiliares de laboratório, um gerente, 22 Agente Comunitário de Saúde (ACS) e quatro dentistas.

A Unidade possui em sua estrutura física um auditório, três banheiros, uma sala de vacina, uma sala de triagem, uma sala de curativos, uma sala de odontologia, três consultórios médicos, dois consultórios de enfermagem, uma sala do Serviço de Arquivo Médico e Estatístico (SAME), um laboratório, uma farmácia, uma sala de regulação, a sala da Direção Geral, uma copa e uma área comum. Cabe salientar que esta estrutura necessita de reforma em

sua infraestrutura, pois são edificações separadas em meio a um espaço aberto e sem climatização, o que gera desconforto a profissionais e a população.

A UBS Pedacinho de Chão possui relacionamento educacional com a Fundação Universidade Federal de Rondônia (UNIR), por meio dos cursos da área da saúde ofertados pela Universidade. No curso de Medicina, os acadêmicos desenvolvem a parte prática das disciplinas relativas à AB desde o primeiro período, além do estágio da disciplina de saúde coletiva no internato. Cabe destacar os diversos programas e projetos da UNIR relativos à área da saúde, como: especializações, residências, mestrados, Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC) e projetos vinculados a editais de ampla concorrência. Destes programas e projetos desenvolvidos pela UNIR em parceria com instituições de saúde, a residência em Medicina de Família e Comunidade é realizada na UBS Pedacinho de Chão.

Dentro da referida UBS, escolhemos a Equipe Nova Esperança I/Industrial como campo empírico desta pesquisa pelo fato da pesquisadora atuar como médica e liderar esta equipe como especialista em Medicina de Família e Comunidade. A UBS situa-se no bairro Embratel, capital Porto Velho, atende os bairros Embratel, Flodoaldo Pontes Pinto, Industrial, Nova Esperança e Rio Madeira.

Cabe registrar que a Equipe Nova Esperança I/Industrial, no início da presente pesquisa, era composta por 25 profissionais de saúde, sendo uma médica especialista em MFC (a pesquisadora), seis agentes comunitários de saúde, uma dentista, uma auxiliar de dentista (atende as duas equipes de eSF do turno vespertino), uma enfermeira e duas técnicas de enfermagem, dez médicos residentes em MFC, e três acadêmicos de medicina que cursam o internato na disciplina de saúde coletiva. Destes 25, doze são profissionais do quadro efetivo da Prefeitura Municipal de Porto Velho-RO (1 médica, 6 ACS, 1 dentista, 1 auxiliar de dentista, 1 enfermeira e 2 técnicas de enfermagem).

Os dez médicos residentes em MFC, de acordo o cronograma pré-estabelecido de rodízio entre UNIR/UBS Pedacinho de Chão, atuam de dois a seis meses na referida UBS. O rodízio dos residentes se faz necessário devido ao número reduzido de preceptores especialistas em MFC. Os três acadêmicos internos de medicina permanecem na Equipe por 60 dias, por meio de revezamento, durante o primeiro ano do internato da UNIR.

Dos 25 profissionais vinculados à saúde, não participaram ou não continuaram participando da etapa após a aplicação do questionário de pré-intervenção: uma enfermeira, pois estava de licença médica desde o início da investigação; uma técnica de enfermagem que solicitou remanejamento para a Secretaria Municipal de Saúde do Município de Porto Velho;

uma técnica de enfermagem devido à sua sobrecarga de trabalho; uma dentista e uma auxiliar devido à falta de infraestrutura e material na USB Pedacinho de Chão, que demandou a suspensão do atendimento das pessoas idosas; dois médicos que desistiram da residência; três acadêmicos, pertencentes à equipe mas que não haviam concluído o curso de medicina. Assim o grupo pesquisado foi composto por seis ACS e oito Médicos Residentes em MFC da referida Equipe.

3.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Colaboraram com esta pesquisa um total de 64 pessoas, sendo seis Agentes Comunitárias de Saúde, oito Médicos Residentes em Medicina de Família e Comunidade da Equipe Nova Esperança I/Industrial e 50 pessoas idosas, que caracterizaremos a seguir.

Das seis ACS partícipes da investigação, uma possui nível superior, cuja faixa etária compreende entre 20 e 49 anos. Cinco são naturais da Região Norte do país e uma é proveniente do Nordeste. Suas experiências profissionais variam entre um ano e sete meses a 14 anos.

Dos oito médicos residentes em MFC colaboradores da pesquisa, sete são do sexo feminino e um do sexo masculino, na faixa etária entre 20 e 40 anos. Quatro são naturais da Região Norte, três do Sudeste e uma da Centro-Oeste. Dos oito residentes, quatro possuíam entre dois a seis anos de experiência em MFC, antes de iniciarem a residência.

Das 50 pessoas idosas participantes da investigação, 31 são do sexo feminino e 19 do sexo masculino, na faixa etária de 60 a 69 anos um total de vinte; de 70 a 79 anos são treze; de 80 a 89 anos totaliza seis e de 90 a 99 anos são cinco pessoas idosas.

3.4 INSTRUMENTOS

Os instrumentos que compuseram a pesquisa no que diz respeito à abordagem qualitativa e quantitativa foram:

3.4.1 Questionários Abertos

Para o levantamento dos dados qualitativos optamos pela utilização do questionário aberto, para oportunizar aos sujeitos participantes da pesquisa expressar o que “sabem, creem ou esperam, sentem ou desejam, pretendem fazer, fazem ou fizeram, bem como a respeito de

suas explicações ou razões para quaisquer das coisas precedentes.” (SELLTIZ *et al.*, 2007, p. 273). Os questionários foram elaborados na perspectiva da integralidade na assistência à saúde, unificando ações preventivas, curativas e de reabilitação, procurando identificar o cuidado integral à pessoa idosa.

Foram elaborados quatro questionários abertos, dois de pré-intervenção e dois de pós-intervenção pedagógica, destinados aos agentes comunitários de saúde, aos médicos residentes de MFC, ao enfermeiro, ao técnico de enfermagem e ao dentista.

Os questionários de pré-intervenção (Anexos B – ACS, técnico de enfermagem e dentista; C – médicos residentes em MFC e enfermeiro) foram compostos de um bloco de caracterização dos sujeitos da pesquisa, com seis questões e outro bloco sobre o atendimento da pessoa idosa, composto por três questões.

Já os questionários de pós-intervenção (Anexo D – ACS; Anexo E – médicos residentes em MFC) tinham três questões abertas pertinentes à rotina do atendimento, aprendizagens a partir da intervenção pedagógica e avaliação da pesquisa de intervenção pedagógica.

Os questionamentos destinados às ACS, ao técnico de enfermagem e ao dentista foram desenvolvidos com base no preconizado para o atendimento à pessoa idosa e com relação aos procedimentos de rotina de acompanhamento na eSF na VD, na integralidade e na assistência à saúde, que unifica ações preventivas, curativas e de reabilitação; proporciona o acesso a todos os recursos tecnológicos que o usuário necessita. Tais questionamentos envolveram desde visitas domiciliares até consultas realizadas pela equipe de Estratégia Saúde da Família e acompanhamento longitudinal e com base no Protocolo de Identificação da Pessoa Idosa Vulnerável (VES), que se constitui como uma das subseções da caderneta de saúde da pessoa idosa.

As perguntas dos questionários para os médicos residentes MFC e enfermeira foram referentes ao atendimento à pessoa idosa, contemplando o atendimento no consultório, a VD e quanto aos conhecimentos necessários aos médicos sobre as ferramentas de Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa, AVD, AIVD, Mini-Mental (MEEM), Escala de Depressão da Pessoa Idosa, Escala de Sobrecarga do Cuidador, Rastreamento de maus tratos da Pessoa Idosa, Escala de Coelho e Savassi.

Destas sete ferramentas, a pesquisa focalizou-se nas análises das AVD e das AIVD que têm por objetivo quantificar as capacidades funcionais da pessoa idosa de forma a estabelecer um planejamento terapêutico de longo prazo e o gerenciamento dos recursos necessários.

3.4.2 Planilha Objetivos, Metas, Indicadores e Ações – OMIA

Os dados quantitativos referentes à atenção à saúde da pessoa idosa foram coletados, organizados e analisados à luz da planilha de Objetivos, Metas, Indicadores e Ações, (UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS, 2011), que se constituiu num dos diversos recursos elaborados para o curso de Especialização em Saúde da Família, ofertado pela Universidade Federal de Pelotas, por meio de seu Departamento de Medicina Social (UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS, 2011).

A referida planilha sintetiza as recomendações dos Cadernos da Atenção Básica e dos Manuais e Normas Técnicas do Ministério da Saúde e exemplificam ações que podem ser desenvolvidas para implementá-las. Estas planilhas facilitam o planejamento de intervenções em ações programáticas das UBS (UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS, 2011).

3.5 PROCEDIMENTOS DE INTERVENÇÃO PEDAGÓGICA

Depois de formalizada a autorização para início da pesquisa por meio do Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), UNIR nº 2.515.759 de 27/02/2018 (Anexo A), para o desenvolvimento da intervenção pedagógica adotamos três procedimentos. São eles: 1) apresentação do projeto de investigação à gestora; 2) convite e apresentação o projeto de investigação aos profissionais da Equipe Nova Esperança I/Industrial e Nova Esperança II – proposta de intervenção de Damiani *et al.* (2013); e 3) implementação da intervenção pedagógica (planejamento, implementação e avaliação).

3.5.1 Apresentação do Projeto à Gestora

Considerando que a Diretora da UBS Pedacinho de Chão havia autorizado a realização da pesquisa de Mestrado Profissional em Saúde da Família intitulada: “A implantação de uma rotina de atenção à saúde da pessoa idosa em uma equipe de saúde da família de Porto Velho/RO”, por meio de uma intervenção pedagógica Damiani *et al.* (2013), quando da submissão do mesmo ao CEP/UNIR, realizamos a apresentação do projeto de pesquisa para que a gestora ficasse informada das ações e do cronograma de desenvolvimento da referida intervenção.

3.5.2 Convite

O convite foi realizado em momentos distintos para as equipes da ESF que compõem a UBS Pedacinho de Chão, no turno vespertino.

3.5.2.1 Convite aos Profissionais da Equipe Nova Esperança I/Industrial da UBS Pedacinho de Chão, Porto Velho-RO

O convite para os Profissionais da Equipe Nova Esperança I/Industrial da UBS Pedacinho de Chão foi realizado a partir de uma reunião agendada com essa finalidade, na qual foi apresentado como seria desenvolvida a pesquisa de intervenção pedagógica aos profissionais (servidores e estudantes) da Equipe Nova Esperança I/Industrial, no auditório da Unidade. A apresentação foi realizada por meio de exposição dialogada, utilizando equipamento de multimídia, com duração de uma hora e com abertura de espaço para os profissionais de saúde participantes da reunião sanar dúvidas referentes às atividades que seriam desenvolvidas durante a pesquisa.

Com a adesão dos profissionais de saúde da referida equipe confirmada, preencheram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A). Em seguida receberam os questionários pré-intervenção (Apêndice B – ACS, técnico de enfermagem e dentista; C – médicos residentes em MFC e enfermeiro) para preenchimento, com prazo pactuado para sua devolução de uma semana.

3.5.2.2 Convite aos Profissionais da Equipe Nova Esperança II, da UBS Pedacinho de Chão, Porto Velho-RO

O convite com a finalidade de participarem da pesquisa de intervenção pedagógica, foi formalizado por meio de uma visita ao consultório da médica e enfermeira da equipe que desenvolve suas atividades também no turno vespertino. Na oportunidade apresentamos o projeto de pesquisa, os objetivos do estudo, assim como os atores envolvidos nas ações e dirimimos dúvidas pertinentes às atividades que seriam desenvolvidas durante a investigação. Entretanto, a médica e a enfermeira justificaram que não participariam devido seu cronograma diário ser distinto do cronograma da Equipe Nova Esperança I/Industrial.

3.5.2.3 Diagnóstico situacional

O diagnóstico situacional do *locus* desta pesquisa, UBS Pedacinho de Chão, foi desenvolvido considerando os estudos realizados no Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE) e antecedeu as etapas da pesquisa de intervenção pedagógica (DAMIANI *et al.*, 2013), que compreendem o planejamento, a implementação e a avaliação da intervenção – descritas a seguir.

3.5.3 Planejamento da Intervenção Pedagógica

De posse do TCLE e dos questionários dos participantes que aderiram voluntariamente à investigação (seis ACS e oito médicos residentes MCF), procedemos a tabulação dos dados oriundos dos questionários (Apêndice B e C) evidenciando as lacunas e possibilitando a identificação de conteúdo para o desenvolvimento da intervenção pedagógica sobre a saúde da pessoa idosa.

Nessa etapa, em sintonia com a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, em que a proposta de aprendizagem se consolida no trabalho, em que o aprender e o ensinar são incorporados no fazer do dia a dia; ancorada na aprendizagem significativa, na probabilidade de modificações das práticas dos profissionais, além de caracterizar-se pela reflexão, trabalho em equipe, aprendizagem do indivíduo, coletiva, assim como institucional, planejamos a intervenção pedagógica (BRASIL, 2009a).

Desse modo, estabelecemos as atividades, os conteúdos, os procedimentos, os recursos didáticos e os textos e referências teóricas que foram utilizadas, com base nos conteúdos que demandavam estudos a partir dos resultados apreendidos dos questionários abertos pré-intervenção.

A intervenção foi planejada para ser desenvolvida em quatro encontros com os ACS e também quatro encontros com os médicos residentes em MFC, fazendo uso de exposição dialogada, roda de conversa mediada por equipamento de multimídia, material impresso e ferramentas pertinentes à saúde da pessoa idosa.

3.5.4 Implementação da Intervenção Pedagógica

A intervenção pedagógica desenvolvida com as seis ACS e com os oito médicos residentes em MFC foi realizada em duas etapas: Etapa 1 – da capacitação dos sujeitos da pesquisa e Etapa 2 – do atendimento à pessoa idosa.

Na Etapa 1 desenvolvemos quatro encontros para os ACS e também quatro encontros para os médicos residentes em MFC, no mês de julho/2018. Os encontros foram realizados separadamente com os ACS e Médicos residentes em MFC, em razão das particularidades levantadas na pré-intervenção, considerando às especificidades de conhecimentos e ferramentas distintas para os serviços dos profissionais envolvidos na pesquisa. Contudo, mesmo com as intervenções pedagógicas desenvolvidas em grupos de profissionais de maneira independente e a base da formação de equipe foi garantida, pois em determinados momentos os profissionais desenvolveram atividades conjuntas em razão da própria conduta do trabalho da equipe ou da intervenção pedagógica.

A etapa 2 foi desenvolvida pelos participantes da pesquisa (ACS e médicos de MFC) no período de agosto a dezembro de 2018.

3.5.4.1 Intervenção Pedagógica com os ACS

No primeiro encontro da Etapa 1 com as ACS, a partir de exposição dialogada com equipamento de multimídia, apresentamos a consolidação dos dados levantados por meio do questionário aberto (pré-intervenção) que os profissionais haviam respondido, sobre os procedimentos de rotina de acompanhamento da atenção à saúde da pessoa idosa na Unidade Básica de Saúde, na visita domiciliar e sobre a possível garantia do cuidado integral à pessoa idosa por meio das ações preventivas, curativas e de reabilitação, assegurando o sigilo nominal de cada participante. Concomitantemente, os participantes fizeram inserções, complementando, reiterando e reforçando determinados apontamentos em relação aos dados sobre o acompanhamento que o ACS realiza e deve realizar junto às pessoas idosas.

No segundo encontro com as ACS, por meio de roda de conversa e com apoio de material impressos realizamos uma leitura compartilhada e discussões dos conteúdos sobre definição e caracterização de quem são as pessoas idosas, qual a importância do cuidado com a pessoa idosa, por quê elas são uma prioridade na ABS, qual o papel da eSF em relação ao cuidado da pessoa idosa e qual o papel do ACS em relação à atenção à essa população e a

classificação de risco familiar e classificação de prioridade de Visita Domiciliar (VD) para as pessoas idosas acompanhados pela equipe.

Em seguida, com auxílio do equipamento de multimídia, trabalhamos casos clínicos em que as ACS debateram, analisaram, e mencionaram aqueles que chamaram mais atenção com base na realidade de sua área de atendimento. Conjuntamente e baseado no conteúdo trabalhado, iniciou-se um processo de definição de prioridades de visita as pessoas idosas. Para o desenvolvimento deste encontro utilizamos como referência teórica o tratado de Medicina de Família e Comunidade (GUSSO; LOPES, 2012) e cursos de saúde da pessoa idosa do UNASUS (2016; 2017), para ACS e o caderno nº 19 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2007).

No terceiro encontro com as ACS, por meio de roda de conversa, desenvolvemos os conteúdos pertinentes à caderneta da pessoa idosa, utilizando como material a própria caderneta. Em seguida, nos dirigimos a algumas residências das pessoas idosas, preenchimos a caderneta com as informações iniciais de algumas pessoas idosas. Conversamos sobre as referidas informações que cada ACS poderia completar e a importância de manter as mesmas continuamente atualizadas. Todas as ACS realizaram o preenchimento de uma caderneta, após observarem o procedimento que adotamos como médica da Equipe, momento em que tiramos dúvidas oriundas, principalmente, do preenchimento da caderneta da pessoa idosa. Também orientamos as pessoas idosas sobre a importância de sempre levar a caderneta em suas consultas médicas, odontológicas e de enfermagem. Teoricamente nos amparamos no caderno nº 19 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2007), que oferece alguns subsídios técnicos específicos em relação à saúde da pessoa idosa de forma a facilitar a prática diária dos profissionais que atuam na Atenção Básica.

O quarto encontro se constituiu em uma roda de conversa sobre dúvidas, curiosidades e sugestões a respeito da saúde da pessoa idosa e asseguramos uma retomada da importância do planejamento (diagnóstico, plano de ação, execução, acompanhamento e avaliação) com fundamento em Damiani *et al.* (2013). Também abordamos a importância das ferramentas de trabalho (orientações para cadastramento, preenchimentos de fichas, formulários, cadernetas, registro de atividades, além de procedimentos e notificações), ancorado no caderno nº 19 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2007) e no e-SUS (2019). Pactuamos ainda, as metas a serem alcançadas para a implantação na rotina da equipe, utilizando como recurso as fichas empregadas no trabalho cotidiano e para exposição optou-se pelo uso de equipamento de multimídia para sistematização dos encaminhamentos.

3.5.4.2 Intervenção Pedagógica com Médicos Residentes em MFC

No primeiro encontro da Etapa 1 com os médicos residentes em MFC, por meio de exposição dialogada com auxílio de equipamento de multimídia, apresentamos os dados consolidados oriundos da aplicação do questionário aberto (pré-intervenção) a respeito dos procedimentos de rotina de atendimento da pessoa idosa no consultório, na visita domiciliar, bem como sobre os conhecimentos das ferramentas AVD e AIVD e com relação à possível garantia do cuidado integral à pessoa idosa por meio das ações preventivas, curativas e de reabilitação, garantido o sigilo nominal de cada participante. Em tempo, os participantes fizeram suas considerações sobre a rotina desenvolvida pelo MFC junto as pessoas idosas.

Já no segundo encontro com os médicos residentes, por meio de roda de conversa e com apoio de material impresso, procedemos a leitura compartilhada e a discussão dos conteúdos sobre definição e caracterização de quem são as pessoas idosas, porque são consideradas idosas, qual a importância do cuidado com essa população, por que são prioridade na Atenção Básica, qual o papel da eSF em relação ao cuidado dessas pessoas, assim como o papel de cada integrante das equipes em relação à saúde da pessoa idosa. Neste encontro, os médicos residentes mencionaram que, quando eram acadêmicos do curso de medicina, essa temática não foi abordada com tanta profundidade, revelando a carência de conhecimentos necessários à atenção à essa população. Para o desenvolvimento desse encontro utilizamos como embasamento teórico o tratado de Medicina de Família e Comunidade (GUSSO; LOPES, 2012) e cursos de saúde da pessoa idosa do UNASUS (2016; 2017), para ACS e o caderno nº 19 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2007).

No terceiro encontro com os médicos residentes, por meio de roda de conversa, abordamos a classificação da pessoa idosa quanto à capacidade funcional, com ênfase no AVD e no AIVD, na relação saúde e doença e quanto aos aspectos clínicos, psíquicos e sociais.

Também trabalhamos conteúdos relacionados a caderneta da saúde da pessoa idosa, a avaliação da mobilidade e marcha, o risco de queda, as condições clínicas mais comuns em pessoas idosas e as peculiaridades das manifestações clínicas das doenças nessa população. Ouvimos os médicos que falaram a respeito do curto tempo da consulta em relação quantidade diárias de pacientes exigidas pela gestão municipal, das manifestações clínicas atípicas nas pessoas idosas. A teoria que sustentou as discussões desse encontro também se pautou no tratado de Medicina de Família e Comunidade (GUSSO; LOPES, 2012), no material Medicina Ambulatorial: condutas em atenção primária à saúde baseadas em

evidências (DUNCAN; SCHIMIDT; GUIGLIANI, 2004) e em cursos de saúde da pessoa idosa do UNASUS (2016; 2017), para ACS e no caderno nº 19 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2007).

O quarto encontro se constituiu de uma roda de conversa sobre dúvidas, curiosidades e sugestões pertinentes à saúde da pessoa idosa. Reiteramos a importância do planejamento de nossas ações por meio de diagnóstico, plano de ação, execução, acompanhamento e avaliação Damiani *et al.* (2013). Além disso, tratamos da importância do uso de ferramentas de trabalho, como o AVD, AIVD (KATZ *et al.*, 1963; LAWTON; BRODY, 1969) e caderneta da pessoa idosa (BRASIL, 2007), para melhor conduzir nossas atividades referente à saúde da população idosa. Foram apresentadas e estabelecidas as metas necessárias para a implantação da rotina no serviço, considerando a planilha OMIA (UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS, 2011), utilizando equipamento de multimídia.

No Quadro 1, sistematizamos o desenvolvimento da etapa de implementação intervenção pedagógica junto aos ACS e aos médicos residentes de MFC.

Quadro 1 – Descrição das Etapas da Intervenção Pedagógica

(continua)

Etapa 1 – da implementação – capacitação dos sujeitos da pesquisa		
Objetivo: desenvolver a intervenção pedagógica sobre os conteúdos pertinentes a saúde da pessoa idosa. Tempo de duração: 2 horas cada encontro. Total: 8 horas Período: julho 2018		
Sujeitos da pesquisa	Encontro	Ações desenvolvidas
Agentes Comunitários de Saúde - ACS	1º	<i>Atividade:</i> exposição dos resultados dos dados consolidados a partir do questionário pré-intervenção (diagnóstico situacional). <i>Assunto:</i> rotina de atendimento na UBS, visita domiciliar e cuidado integral. <i>Procedimento:</i> exposição dialogada. <i>Recurso:</i> equipamento de multimídia.
	2º	<i>Atividade:</i> estudo dos conteúdos que os ACS demonstraram desconhecer ou apresentaram dificuldades para trabalhar com as pessoas idosas. <i>Assunto:</i> pessoas idosas: caracterização de quem são as pessoas idosas, por que são consideradas pessoas idosas, qual a importância do cuidado com a pessoa idosa, por que eles são uma prioridade na ABS, qual o papel da eSF em relação ao cuidado da pessoa idosa e qual a função do ACS em relação à atenção à essa população e a classificação de risco familiar e classificação de prioridade de VD para os idosos acompanhados pela equipe. <i>Procedimento:</i> roda de conversa e exposição dialogada. <i>Recurso:</i> material impresso, equipamento de multimídia. <i>Fundamentação teórica:</i> tratado de Medicina de Família e Comunidade (GUSSO; LOPES, 2012) e cursos de saúde da pessoa idosa do UNASUS (2016; 2017), para ACS e o caderno nº 19 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2007).
	3º	<i>Atividade:</i> preenchimento e apropriação da caderneta da pessoa idosa. <i>Assunto:</i> caderneta da pessoa idosa. <i>Procedimento:</i> roda de conversa, observação, realização de preenchimento e exposição dialogada. <i>Recurso:</i> visita domiciliar e caderneta. <i>Fundamentação teórica:</i> Brasil (2007).

Quadro 1 – Descrição da Primeira Etapa da Intervenção Pedagógica

(conclusão)

Sujeitos da pesquisa	Encontro	Ações desenvolvidas
Agentes Comunitários de Saúde - ACS	4º	<p><i>Atividade:</i> saneamento de dúvidas, curiosidades e sugestões a respeito da saúde da pessoa idosa.</p> <p><i>Assunto:</i> saúde da pessoa idosa – planejamento (diagnóstico, plano de ação, execução, acompanhamento e avaliação). Ferramentas de trabalho (AVD, AIVD e caderneta).</p> <p><i>Procedimento:</i> roda de conversa.</p> <p><i>Recurso:</i> fichas utilizadas no trabalho cotidiano, equipamento de multimídias.</p> <p><i>Fundamentação teórica:</i> Damiani <i>et al.</i> (2013), Brasil (2007) e e-SUS (2019).</p>
Sujeitos da pesquisa	Encontro	Ações desenvolvidas
Médicos residentes em Medicina de Família e Comunidade	1º	<p><i>Atividade:</i> exposição dos resultados dos dados consolidados a partir do questionário pré-intervenção (diagnóstico situacional).</p> <p><i>Assunto:</i> rotina de atendimento no consultório e na visita domiciliar.</p> <p><i>Procedimento:</i> apresentação e exposição dialogada.</p> <p><i>Recurso:</i> equipamento de multimídia.</p>
	2º	<p><i>Atividade:</i> estudo dos conteúdos que os médicos residentes em MFC demonstraram desconhecer ou apresentaram dificuldades para trabalhar com as pessoas idosas.</p> <p><i>Assunto:</i> pessoas idosas: definição e caracterização de quem são as pessoas idosas, por que são consideradas idosas, qual a importância do cuidado com essa população, por que são prioridade na Atenção Básica, qual o papel da eSF em relação ao cuidado dessas pessoas, assim como a função de cada integrante das equipes em relação à saúde da pessoa idosa.</p> <p><i>Procedimento:</i> roda de conversa.</p> <p><i>Recurso:</i> material impresso.</p> <p><i>Fundamentação teórica:</i> Brasil (2007), Duncan, Schimdt e Guigliani (2004), Gusso e Lopes (2012) e UNASUS (2016; 2017).</p>
	3º	<p><i>Atividade:</i> Aula expositiva sobre os conteúdos que os médicos residentes demonstram parcial carência para trabalhar com as pessoas idosas.</p> <p><i>Assunto:</i> AVD, AIVD, caderneta da pessoa idosa.</p> <p><i>Procedimento:</i> roda de conversa.</p> <p><i>Recurso:</i> formulário AVD e AIVD.</p> <p><i>Fundamentação teórica:</i> Katz <i>et al.</i> (1963) e Lawton e Brody (1969).</p>
	4º	<p><i>Atividade:</i> saneamento de dúvidas, curiosidades e sugestões a respeito da saúde da pessoa idosa.</p> <p><i>Assunto:</i> importância de solicitar a caderneta da pessoa idosa na consulta, o uso do AVD e AIVD.</p> <p><i>Procedimento:</i> roda de conversa.</p> <p><i>Recurso:</i> instrumento AVD e AIVD e equipamento de multimídia.</p> <p><i>Fundamentação teórica:</i> Katz <i>et al.</i> (1963), Lawton e Brody (1969), Brasil (2007) e UFPel (2011).</p>

Fonte: Penha (2018), elaborado em setembro como parte do planejamento da intervenção pedagógica.

Quadro 2 – Descrição da Segunda Etapa da Intervenção Pedagógica

Etapa 2 – da implementação – do atendimento à pessoa idosa		
Objetivo: Atender as pessoas idosas por meio de visita domiciliar, no consultório e na UBS com base nos conteúdos estudados sobre a saúde dessa população.		
Participantes da pesquisa	Encontro	Ações desenvolvidas
Agentes Comunitários de Saúde - ACS	Agosto a dezembro 2018	Visitas domiciliares as 106 pessoas idosas cadastradas para a entrega e preenchimento das informações iniciais da caderneta da pessoa idosa. Identificação das onze pessoas idosas com necessidade de visita domiciliar e dos nove cuidadores. Atualização do cadastro das 68 pessoas idosas hipertensas e 23 diabéticas.
Médicos residentes em Medicina de Família e Comunidade	Agosto a dezembro 2018	Consulta das pessoas idosas utilizando, com parte da referida população, os instrumentos AVD e AIVD. Solicitação da caderneta da pessoa idosa na consulta.

Fonte: Penha (2018), elaborado em setembro como parte do planejamento da intervenção pedagógica.

3.5.5 Avaliação da Intervenção Pedagógica

O processo de avaliação da intervenção pedagógica foi realizado em dois momentos distintos, sendo o primeiro a entrega dos questionários pós-intervenção (Anexo D – ACS; Anexo E – médicos residentes em MFC) para preenchimento, com prazo pré-estabelecido para devolução de uma semana. Os resultados constaram em uma das categorias de análise da pesquisa, avaliação da intervenção, compostas pelos itens: pontos positivos e limitações. Estes itens foram tabulados e analisados no capítulo resultados e discussão desta pesquisa.

O segundo momento se constituiu de uma reunião com as ACS e com os médicos residentes em MFC, na qual os profissionais, por meio de roda de conversa, tiveram a oportunidade de falar sobre todo o processo desde o início da intervenção pedagógica até o referido momento, isto é a avaliação da intervenção pedagógica.

As ACS relataram o quão importante foi a intervenção pedagógica para a segurança no desenvolvimento do trabalho, para a ampliação dos conhecimentos atividades de suas responsabilidades na UBS e na visita domiciliar. Sugeriram encontros para aprofundar os conhecimentos sobre doenças que acometem as pessoas idosas, como a depressão, os cuidados pessoais, suplementos vitamínicos, além de temas como abandono da pessoa idosa, maus tratos, cuidado na perspectiva do cuidador.

Os médicos residentes em MFC destacaram principalmente o quanto ampliaram o olhar sobre a atenção à pessoa idosa, o conhecimento de ferramentas destinada à essa população que, até então, não tinha contato.

3.5.6 Análise dos Dados Produzidos

Para a leitura e análise dos dados coletados foi utilizada a análise de conteúdo. Este tipo de análise permite

descrever e interpretar o conteúdo de toda classe de documentos e textos [...] conduzindo a descrições sistemáticas, qualitativas ou quantitativas, ajuda a reinterpretar as mensagens e a atingir uma compreensão de seus significados num nível que vai além de uma leitura comum. (MORAES, 1999, p. 2).

Os dados qualitativos referentes aos procedimentos e conhecimentos a respeito da atenção à saúde da pessoa idosa foram sistematizados a partir de três categorias apresentadas a seguir: Rotina de Atendimento, Aprendizagens e Avaliação da Intervenção, estabelecidas previamente, quando da elaboração do questionário.

Na Rotina de Atendimento, analisamos os procedimentos diários dos participantes da pesquisa (ACS e médicos residentes em MFC) com relação à saúde da pessoa idosa.

Na categoria Aprendizagens discutimos o que e como os participantes da investigação desenvolviam os serviços na UBS/consultório/visita domiciliar.

Na categoria Avaliação da Intervenção Pedagógica os investigados mencionaram como passaram a realizar os serviços na UBS/consultório/visita domiciliar, após a intervenção pedagógica e, na sequência registraram os pontos positivos e limitações da intervenção.

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Apresentamos a seguir a análise interpretativa dos dados produzidos a partir da pesquisa junto aos ACS e Médicos residentes em MFC, na investigação de cunho qualitativo fundamentado na pesquisa de intervenção pedagógica (DAMIANI *et al.*, 2013), sistematizados nas categorias **Rotina de Atendimento, Aprendizagens e Avaliação da Intervenção** e; os dados quantitativos baseados na planilha OMIA (UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS, 2011), organizados em **Objetivos, Metas, Indicadores e Ações**, a respeito da atenção à saúde da pessoa idosa.

Para assegurar o sigilo de privacidade dos participantes, substituímos seus nomes originais por nome de árvores e/ou plantas que se encontram na Amazônia.

4.1 ANÁLISES QUALITATIVAS: OLHAR DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

4.1.1 Categoria Rotina de Atendimento

Esta categoria se constituiu dos dados iniciais da pesquisa, isto é que antecederam a intervenção pedagógica.

Questionamos (pergunta 01 do questionário 1, pré-intervenção) as ACS sobre quais são os procedimentos de rotina de acompanhamento a atenção à saúde da pessoa idosa, na Unidade Básica de Saúde (UBS) e na Visita Domiciliar (VD).

Tanto na UBS quanto na VD domiciliar as respostas das ACS apresentam vulnerabilidades e até equívocos quanto aos procedimentos em ambos os espaços de atenção à saúde da pessoa idosa.

Sobre os procedimentos anotados na VD a ACS Açaí respondeu que “[...] pergunto como está, se está sentido algo, se precisa trocar receita, caso esteja, encaminhado à Unidade de Saúde Familiar, com a consulta já agendada oriento a confirmar no Serviço de Arquivo Médico e Estatístico.” A ACS Copaíba mencionou “visitas, grupos, campanhas”, isto é, ambas apresentaram respostas imprecisas em relação ao questionado.

Ainda quanto aos procedimentos de rotina de acompanhamento à atenção à saúde da pessoa idosa na UBS, a ACS Andirá afirmou “procuro dar atenção necessária que precisar, oriento tirando dúvidas, explicando o procedimento na UBS, encaminhado para o SAME e em seguida, para triagem.” Bromélia afirmou que faz: “acolhimento na unidade para,

posteriormente, ser feito o acompanhamento.” Cajá mencionou no “primeiro momento, verifico se aquele paciente, além de ser idoso, também é um paciente acamado, no segundo momento, se ele não faz parte dos grupos de risco, realizo o rastreamento inicial de risco, atualizado o cadastro.” Castanheira registrou “Pergunto qual o procedimento o idoso está a procura, oriento até a sala.”

Na VD as ACS responderam que os procedimentos de rotina atenção à saúde da pessoa idosa, são: “pergunto se estão necessitando de consultar ou trocar receitas e na época de chuva reforço os cuidados que devem ter com a dengue” (AÇAÍ). “Pergunto como passou a noite, procuro ouvi-los. Verifico suas receitas, oriento quanto ao uso correto dos medicamentos, auxilio-o no que for preciso, faço orientações de prevenções, para ele e seus familiares. Vejo se necessita da vista da equipe médica” (ANDIRÁ). “Sempre orientando a respeito da medicação, verificando se o idoso tem acompanhante, se toma o remédio, se ele se alimentou” (CASTANHEIRA). “Agendamento de consultas, visita com os médicos orientações de vacina” (COPAIBA). “Acompanho as orientações da equipe médica, verifico se não houve mau trato por parte da família com aquele paciente” (CAJÁ). A ACS Bromélia apresentou uma resposta evasiva.

Tais fragilidades nas respostas das Agentes Comunitárias, tanto na UBS quanto na VD, em tese não deveriam existir, pois as atribuições do ACS constam na PNAB (2012; 2017), Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, item 4.2.6, letra a e b (BRASIL, 2017), assim como material “O trabalho do Agente Comunitário de Saúde” (BRASIL, 2009b) que assegura o processo de trabalho em equipe, o planejamento das atividades e as ferramentas para o desenvolvimento do trabalho. E, ainda no Estatuto do Idoso – Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003 –, no Capítulo IV (BRASIL, 2003) que versa sobre o direito a saúde da pessoa idosa.

Posteriormente, as ACS foram questionadas (pergunta número 02 do questionário 1, pré-intervenção) sobre quais seus conhecimentos e entendimentos acerca do Protocolo de Identificação do Idoso Vulnerável (VES-13).

Das seis ACS, a maioria apresentou desconhecimento da ferramenta VES-13, somente uma demonstrou conhecimento da ferramenta (CAJÁ). Três ACS não responderam (BROMÉLIA, COPAÍBA, CASTANHEIRA), uma apresentou resposta evasiva (AÇAÍ); observamos uma resposta equivocada: “São aqueles idosos acima de 60 anos, incapazes de realizar qualquer atividade física ou simples movimentos. Devido à sua vulnerabilidade não tem condições de fazer seus afazeres domésticos” (ANDIRÁ). Apesar da ACS Andirá demonstrar conhecimento de que o VES é um instrumento utilizado com pessoas idosas,

equivocadamente, afirmou que se destina àquelas pessoas que apresentam limitações físicas para as atividades cotidianas, o que ocorre na verdade é, que ao utilizar a ferramenta, se identifica o nível de vulnerabilidade da pessoa idosa.

A ACS Cajá respondeu com maior assertividade: “para esse rastreamento de identificação desse idoso seria necessário verificar todos os riscos que põem essa população em estado de vulnerabilidade, esses riscos podem ser a perda da autonomia, doenças entre outras questões.” A resposta da ACS Cajá condiz com a afirmação de Saliba *et al.* (2001) no que se refere ao Protocolo de Identificação do Idoso Vulnerável-13, um instrumento que auxilia na identificação prévia de pessoas idosas mais vulneráveis no que se refere a aspectos funcionais.

O conhecimento do VES-13 por parte de Cajá colabora para o desenvolvimento do trabalho dos ACS, permitindo o acompanhamento funcional da atenção à saúde da pessoa idosa, facilitando o diagnóstico e a adoção de procedimentos pelas eSF. Estas equipes estão diretamente envolvidas nos processos de implementação também dos programas de doenças crônicas e, que provocam degeneração como a hipertensão arterial, as neoplasias, a artrite/artrose, o diabetes, assim como a osteoporose (REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÃO PARA A SAÚDE, 2009).

Na sequência (pergunta 03 do questionário 1, pré-intervenção) as ACS foram questionadas se, dentro das suas atribuições, na sua prática diária, é possível proporcionar um cuidado integral à pessoa idosa. Elas poderiam responder, inicialmente, sim ou não, tendo que justificar suas respostas para aprofundá-las.

Das seis ACS, cinco responderam “em parte” (AÇAI, ANDIRÁ, BROMÉLIA, CAJÁ, COPAÍBA) e uma “não” (CASTANHEIRA). As ACS Açaí, Andirá, Bromélia, Cajá as justificativas são pertinentes ao nível de saúde secundário. A ACS Açaí registrou “Se um médico da ESF detecta algo de pior no idoso, automaticamente, ele encaminha para outro especialista. Quase sempre, o idoso fica numa fila incessante da regulação, aquele problema de saúde, gera outro devido à demora.” A ACS Andirá declarou “[...] falta organização na rede. Às vezes, o usuário tem tudo o que precisa, conseguiu tudo, com a médica da UBS, mas lá na frente ele é barrado por algum motivo e nunca chega ao seu objetivo.” As justificativas das ACS Açaí e Andirá condizem com as afirmações de Erdmann *et al.* (2013, p. 4), com relação aos modelos de acolhimentos “os tipos de atendimentos realizados na atenção secundária compreendem consultas ambulatoriais de especialidades médicas e odontológicas, atendimentos de urgência e emergência, atendimentos em saúde mental, certos tipos de exames laboratoriais e de imagem e cirurgias.”

Foram citadas também justificativas vinculadas ao sistema de gestão que extrapolam o nível da UBS “Não adianta o médico, por exemplo, fazer uma visita a um paciente idoso acamado se não tem uma técnica de enfermagem para fazer o básico e o posto de saúde também não tem estrutura” (CAJÁ).

A ACS Bromélia afirmou “não temos a estrutura e a capacitação necessária para atender à necessidade dos idosos, a qual requer muito cuidado.” Parte da justificativa da ACS Bromélia é passível de resolução na própria UBS, visto que por meio da EPS é possível realizar às capacitações pertinentes as demandas das pessoas idosas, pois estão asseguradas nas “[...] ações educativas embasadas na problematização do processo de trabalho em saúde e que tenham como objetivo a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho.” (BRASIL, 2009c, p. 22). Contudo, reconhecemos a ausência desse enfoque de EPS.

A ACS Copaíba demonstrou não compreensão do questionamento pois justificou sobre proporcionar cuidado integral à atenção da pessoa idosa o seguinte: “devido à falta de um posto de saúde no bairro que trabalho.”

De maneira geral, nas respostas das ACS, constatamos um grau significativo de fragilidade de vulnerabilidade quanto aos conhecimentos pertinentes à saúde da pessoa idosa, assim como sobre os procedimentos recomendados em cada ação desenvolvida junto à essa população.

Arriscamos inferir que a fragilidade e vulnerabilidade dos conhecimentos possam ter, em parte, relação com a escolaridade das ACS. Entre as seis ACS, apenas uma possui nível superior e a experiência de trabalho predominante é de dois anos, embora, nem sempre, anos de serviço signifiquem experiência profissional efetiva. Nóvoa (2007, p. 16) referindo-se a John Dewey registra que ao término de uma palestra um docente afirma “o senhor abordou várias teorias, mas eu sou professor há dez anos, eu sei muito mais sobre isso, tenho muito mais experiência nessas matérias.” Dewey questionou: “tem mesmo dez anos de experiência profissional ou apenas um ano de experiência repetida dez vezes?”, isto é, neste caso, esperamos que os anos de experiência estejam embasados na reflexão sobre prática.

A partir dessas discussões a respeito da rotina do ACS no atendimento à pessoa idosa, constata-se a complexidade das circunstâncias com as quais os profissionais de saúde têm se deparado no território em que atuam, cujas problemáticas se apresentam em diversas dimensões, perpassando as dimensões biológica, social, familiar, humana, entre outras (HOYER; ROODIN, 2003). Tais dimensões se vinculam à ampliação de uma relação de maior proximidade e de cooperação entre os profissionais das distintas áreas do

conhecimento. De outra forma, constatam-se dificuldades de inclusão de outros profissionais das equipes nessa atividade, ainda bastante centralizada nos ACS.

4.1.2 Categoria Aprendizagens

Esta categoria se estabeleceu dos dados coletados após a intervenção pedagógica.

Ao perguntarmos (pergunta 01 do questionário 3, pós-intervenção) às seis ACS sobre o que mudou na sua rotina de atendimento a atenção à saúde da pessoa idosa após a participação na pesquisa de Intervenção Pedagógica no serviço, dentro do âmbito da ESF e na VD.

Das seis ACS, duas (AÇAÍ, CASTANHEIRA) foram evasivas em relação mudanças no processo de atendimento a atenção à saúde da pessoa idosa após a intervenção pedagógica. Quatro ACS (ANDIRÁ, BROMÉLIA, COPAÍBA, CAJÁ), afirmaram que melhoraram sua atuação, ampliaram os conhecimentos específicos para a atenção à população de pessoas idosas e passaram a realizar orientações com maior consistência aos familiares, criaram novas rotinas que facilitaram e tornaram o trabalho mais produtivo e passaram a priorizar com maior clareza o acesso e o atendimento.

Destacamos a resposta da ACS Copaíba que, em relação ao serviços na UBS, afirmou ter aumentado o seu “conhecimento do nosso trabalho quanto a orientar o idoso em relação à sua saúde, os seus direitos, qualidade de vida, com grupos de caminhada, palestras (grupo de conversa)” e, no que diz respeito à visita domiciliar, registrou que a partir da intervenção pedagógica incorporou mudanças na “abordagem com o idoso, mais direcionada agora, com anotações com as cadernetas do idoso. Registrando as atividades feitas com a equipe de saúde (médica).”

Quanto aos procedimentos seguidos na VD, as ACS foram unânimes em registrar que passaram a ter mais atenção no ouvir as pessoas idosas, a indagar os familiares, a dar maior importância ao envolvimento da família com o cuidado da pessoa idosa, enfim, que melhoraram seus olhares para as famílias. Cabe destacar, também, que passaram a realizar orientações mais adequadas a respeito da saúde da pessoa idosa, ampliaram seus conhecimentos sobre direitos e deveres dessa população, aumentaram sua visão para identificação de doenças crônicas e passaram a ser mais cautelosas no registro das informações.

O registrado pelas ACS condiz com o afirmado por Massaroli e Saupe (2005) em relação à EPS, indicando que esta aperfeiçoa, transforma os processos em saúde, melhorando

e ampliando a qualidade dos serviços oferecidos às pessoas e populações, nesse caso específico, das pessoas idosas.

Nos depoimentos das ACS, evidencia-se o quanto a EPS é necessária no trabalho desenvolvido pelas eSF, pois, além dos conteúdos estudados e discutidos no processo de intervenção pedagógica, essas profissionais tiveram a oportunidade de mostrar como atuam e perceber como os demais profissionais realizam suas atividades, podendo ampliar seus conhecimentos e incorporar novas práticas (PEDUZZI *et al.*, 2009).

A EPS demanda aprendizagens que apresentam significado aos envolvidos diretamente no processo de trabalho, oriundas de problemáticas de uma prática educativa social em que os conhecimentos populares também sejam considerados no aprender, tanto dos profissionais quanto das comunidades (MOTTA; RIBEIRO (2005).

Entretanto, cabe salientar que, mesmo após a intervenção pedagógica, as ACS nem sempre conseguiram correlacionar a nomenclatura de determinados conteúdos, procedimentos e instrumentos estudados no desenvolvimento de suas práticas. A título de exemplo, sobre as mudanças na rotina após a intervenção, estas não mencionaram a utilização do VES-13, que é algo que compõe a carteira da pessoa idosa, incorporada no exercício do trabalho das ACS. Tal realidade demonstra a necessidade de um projeto institucional com uma propositura educativa com espaços para discussões técnicas.

Na sequência, as ACS, quando questionadas (pergunta 02 do questionário 3, pós-intervenção) sobre que mudanças no cuidado integral da pessoa idosa conseguiram incorporar na sua prática diária, a partir da participação na intervenção.

As seis ACS foram unânimes em registrar que incorporaram a escuta, a sensibilização, a argumentação, a insistência, o convencimento da pessoa idosa ao realizar determinados procedimentos de saúde e a implementarem atividades práticas que melhoraram a qualidade de vida da população idosa. Neste caso, salientamos a resposta da ACS Copaíba que mencionou: “Para mim, a mudança foi em insistir com o idoso para a prática de atividade física na sua rotina diária, em estimular na melhor da qualidade de vida do idoso.”

A ACS Andirá (2019) registrou:

Com algumas pessoas idosas, que não queriam fazer o exame de mamografia, consegui convencê-la a fazer. Agora faz parte do check-up de saúde dela. Queria incorporar no cuidado integral da pessoa idosa acamada, uma equipe um fisioterapeuta, psicólogo e nutricionista, melhoraria ainda mais a saúde deles. (ACS Andirá, questionário, 2019).

As ACS relataram ainda, que adquiriram maior segurança nos processos de identificação de situações de risco (CAJÁ), e que passaram a ter mais respeito com a cultura dessa população (CASTANHEIRA). Informaram também que passaram a ter um olhar mais definido para o cuidado com a pessoa idosa (BROMÉLIA). Corroboram com os registros das três ACS, Borges e D'Oliveira (2011), ao mencionar que os desafios dos profissionais compreendem, além do confronto da doença em si, as situações atreladas à realidade social e cultural das famílias.

É possível que as ações incorporadas pelas ACS no seu cotidiano profissional na atenção às pessoas idosas façam diferença na atenção à saúde dessa população, uma vez que nem sempre uma pessoa em estado de doença precisa somente de consultas, exames ou medicamentos. Em determinadas situações, a melhora de seu estado de saúde passa pela atenção, pelo cuidado, pela sensibilidade de um olhar e de uma palavra que, associada aos procedimentos medicamentosos, trarão melhores resultados, pois “à medida que a sociedade envelhece, os problemas de saúde dos idosos desafiam os modelos tradicionais de cuidado” (VERAS; CALDAS; CORDEIRO, 2013, p. 1.190). Daí a importância do trabalho desenvolvido na ESF, que se constitui de um serviço de saúde em que se busca uma visão de saúde abrangente e totalizante.

4.1.3 Categoria Avaliação da Intervenção

Esta categoria se instituiu dos dados coletados com a finalidade de avaliar a intervenção pedagógica.

Solicitamos para as ACS, (pergunta 04 do questionário 3, pós-intervenção) que se manifestassem quanto a pontos positivos e limitações da intervenção pedagógica. As seis ACS destacaram como positivas as orientações pertinentes à comunicação com as famílias, à atenção e ao respeito na relação com a pessoa idosa, aos procedimentos para fortalecer a confiança dessa população nas atividades desenvolvidas, à entrega da caderneta de saúde e ao estímulo à retomada do compromisso dos profissionais no acompanhamento dessa população.

Evidenciamos a resposta da ACS Andirá que relatou como pontos fortes a

comunicação com a família da pessoa idosa, tratamento sobre a saúde da pessoa idosa, confiança e segurança em tudo que faz, planejamento para fazer as visitas domiciliares. Realização de grupos na comunidade, visitas domiciliares com a Equipe, participação das pessoas idosas nas atividades físicas e caminhadas, prioridade as pessoas idosas mais necessitadas. (ACS Andirá, questionário, 2019).

Assim como, o registro da ACS Bromélia afirmou que:

Foi muito importante entregar a caderneta do idoso, porque nela adquiri informações e atualização sobre o idoso, como também adquirimos muito conhecimentos sobre direitos do idoso. Visitas domiciliares, grupos direcionados à pessoa idosa, a entrega da caderneta a pessoa idosa, atualização sobre a saúde da pessoa idosa e as prioridades do atendimento na UBS. (ACS Bromélia, questionário, 2019).

Com relação às limitações da intervenção pedagógica, predominaram entre as seis ACS, respostas envolvendo: a carência de um período mais longo para sua realização, a não possibilidade de estudos de determinadas doenças que acometem as pessoas idosas e maior aprofundamento sobre orientações aos familiares e cuidadores.

Embora citados como limitações, estes apontamentos indicam a pertinência da pesquisa aplicada e a necessidade de continuidade de desenvolvimento de EPS, pois a educação em saúde se constitui um processo que envolve aspectos políticos e pedagógicos que buscam a reflexão crítica, consentindo descortinar o contexto e recomendar ações contemporâneas que acolhe ideias nos procedimentos decisórios de saúde em prol do próprio cuidado, assim como das distintas populações (MACHADO *et al.*, 2007).

Participantes desse grupo também mencionaram limitações que ultrapassam a intervenção pedagógica, a falta de apoio dos governantes, problemas de estrutura de trabalho e desconhecimento dos profissionais de saúde sobre as rotinas de atenção à pessoa idosa (CASTANHEIRA; COPAIBA).

Os posicionamentos das ACS condizem com o que propõem Ribeiro e Motta (1996, p. 42) quando se referem ao desafio da EPS, que está exatamente em “considerar o trabalho para além de sua dimensão estrutural e técnica, operando no contexto dos modelos organizacionais e das formas de relação dos serviços com a sociedade.”

4.2 ANÁLISES QUALITATIVAS: OLHAR DOS MÉDICOS RESIDENTES EM MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE

4.2.1 Categoria Rotina de Atendimento

Esta categoria se constituiu dos dados iniciais da pesquisa, isto é, antecederam a intervenção pedagógica.

Ao questionarmos (pergunta 01 do questionário 2, pré-intervenção) os Médicos residentes em MFC sobre quais são os procedimentos de rotina de acompanhamento a atenção

à pessoa idosa, no Consultório e na Visita Domiciliar, obtivemos como respostas dos oito médicos que estes adotam no consultório um procedimento padrão de indagações utilizado para consultas de adultos, ou seja, não identificamos o olhar direcionado às particularidades da atenção à saúde da pessoa idosa. Contudo, quatro médicos mencionaram ouvirem as queixas (CUPUAÇU, IPÊ, SAMAÚMA e PUPUNHA).

Na VD, três dos médicos registraram o cuidado com a avaliação estrutura física e higiênica do ambiente (CUPUAÇU, GRAVIÓLA, SAMAÚMA). Entretanto, dois afirmam adotar os mesmos procedimentos do consultório (GUARANÁ e JATOBÁ). Os outros, Ipê, Mogno e Pupunha apresentaram respostas distintas entre si, assim como, em relação aos demais médicos participantes da pesquisa.

Solicito cuidador, verifico se está em uso de medicações, diurese, evacuações, novas queixas, alimentação, avalio, examino, prescrevo e oriento. (Médico Ipê, questionário, 2019).

Avaliação ectoscópia no momento da chegada (deambulação, sinais e/ou sintomas presentes), verificação do nome, idade, PA, convívio familiar inicial, história da doença antiga e atual, procuro identificar problemas ou soluções no âmbito para a harmonização da patologia para com o paciente e seu familiar. Realização de exame físico geral, troca ou renovação de medicações, se necessário. Oriento, prescrevo, solicito exames e/ou encaminhamentos, se necessário. Orientações gerais e da necessidade da continuidade ambulatorial. (Médico Mogno, questionário, 2019).

Dependendo da quantidade de pacientes, realizo uma consulta mais demorada e com atenção, mas sempre voltando à queixa que mais incomoda. (Médico Pupunha, questionário, 2019).

Esses procedimentos distintos, mostram a necessidade de alinhamento tanto no consultório quanto na VD, ancorados na atenção à saúde da pessoa idosa, pois dessa maneira se proporcionará uma melhor condição de qualidade de vida para essa população. Entre os procedimentos destacamos o proposto por Prado (2015), que menciona o acolhimento, a escuta de cada indivíduo precisa se constituir como prática, procurando superar as posturas tradicionais, ultrapassando o enfoque na doença, na conduta vertical de orientação ao paciente, na qual prescrever é recorrente.

Solicitamos na sequência (pergunta 02 do questionário 2, pré-intervenção), que os médicos residentes em MFC também registrassem seus conhecimentos sobre as ferramentas de Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa, entre elas: Atividades da Vida Diária (AVD), Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD), Mini-Mental (MEEM), Escala de Depressão da Pessoa Idosa, Escala de Sobrecarga do Cuidador, Rastreamento de maus tratos da Pessoa Idosa e Escala de Coelho e Savassi.

Dos oito médicos residentes em MFC, dois apresentaram conhecimento sobre as sete ferramentas (CUPUAÇU e GRAVIÓLA). Três desconheciam as ferramentas Escala de Sobrecarga do Cuidador, Rastreo de maus tratos da Pessoa Idosa e Escala de Coelho e Savassi (IPÊ, JATOBÁ e PUPUNHA). Um não conhecia a Escala de Sobrecarga do Cuidador, Rastreo de maus tratos da Pessoa Idosa (GUARANÁ). Um não conhecia Rastreo de maus tratos da Pessoa Idosa e Escala de Coelho e Savassi (MOGNO) e um não conhecia a Escala de Sobrecarga do Cuidador (SAMAÚMA).

Portanto, apenas dois dos oito médicos tinham conhecimento das sete ferramentas. Com relação as demais ferramentas de Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa, as respostas dos médicos residentes em MFC condizem com a sua função. Para avaliar as fragilidades da atenção à saúde da pessoa idosa, o médico apropria-se de instrumentos que possibilitam a identificação de problemas de saúde, ampliam os conhecimentos e desenvolvem competências profissionais especificamente na área da saúde dessa população (PEREIRA *et al.*, 2018; FARÍAS-ANTÚNEZ; FASSA, 2019) que, no contexto atual, é determinante em face da realidade do aumento quantitativo dessa população.

Em seguida, questionamos (pergunta 03 do questionário 2, pré-intervenção) se, dentro de suas atribuições, médico residente em MFC, na sua prática diária, é possível proporcionar cuidado integral à pessoa idosa. E suas repostas deveriam ser justificadas.

Dos oito médicos residentes em MFC, cinco afirmaram que proporcionam, “em parte”, o cuidado integral à pessoa idosa, um “não” e dois não se posicionaram. Todavia, todos justificaram. Entre as justificativas, elencaram a carência técnica, a fragilidade da gestão e a falta de auto avaliação das ferramentas utilizadas (CUPUAÇU); necessidade de inter-relacionamento da equipe multidisciplinar com profissionais de diversas áreas (GRAVIÓLA); perda da continuidade do tratamento devido à dificuldade de acesso à atenção secundária e terciária (GUARANÁ e MOGNO); carência de infraestrutura (IPÊ); restrição de transportes, material, medicações (JATOBÁ) e a falta de assistência laboratorial e de profissionais (PUPUNHA).

Samaúma afirmou não ser possível uma atenção integral à saúde da pessoa idosa na sua prática cotidiana, justificando que “No modelo atual da ESF de Porto Velho, na maioria das equipes, o médico tem um papel centralizador e a saúde se baseia em medidas curativas. Hoje a ESF é um grande ambulatório com uma equipe de saúde multiprofissional totalmente ineficiente.”

Face às justificativas, é possível constatar as limitações enfrentadas na ABS que contribuem negativamente para o atendimento à atenção à saúde da pessoa idosa. Para Piola e

Barros (2016), não lograremos sucesso na resolução dos problemas enfrentados na saúde se não houver destinação de maiores valores financeiros para melhoria da gestão.

Corroboro com as ideias de Piola e Barros (2016) entretanto, existem determinadas situações que são possíveis de serem melhoradas, pois não se trata de mais trabalho, não depende de outros níveis da saúde, mas da mudança de atitude e de encaminhamentos dos profissionais da equipe da eSF.

4.2.2 Categoria Aprendizagens

Esta categoria se estabeleceu dos dados coletados após a intervenção pedagógica.

Os médicos residentes em MFC foram questionados (pergunta 01 do questionário 4, pós-intervenção) sobre o que mudou na sua rotina de atendimento das pessoas idosas após a intervenção pedagógica sobre a atenção à saúde da pessoa idosa, no consultório e na visita domiciliar.

Dos oito médicos residentes em MFC pesquisados, somente cinco devolveram o questionários pós-intervenção. Estes afirmaram que ampliaram a maneira de pensar, olhar, agir, avaliar e proceder no atendimento e condutas, ou seja, que passaram a ter mais cuidado no atendimento, observando as particularidades, sinais, sintomas, isto é, maior atenção à prevenção e à orientação a respeito dos riscos relacionados à saúde da pessoa idosa (CUPUAÇU, GUARANÁ, JATOBÁ, MOGNO e PUPUNHA).

Em relação aos procedimentos seguidos na VD, os médicos informaram que se tornaram mais atentos aos riscos no ambiente da residência, a propor melhorias, adaptações possíveis de serem realizadas. Também informaram que expandiram o olhar em relação do cuidador ou familiar da pessoa idosa.

As condutas dos médicos residentes em MFC, após a intervenção pedagógica, coadunam com o que defendem Ceccim e Feuerwerker (2004) em relação à formação dos profissionais de saúde.

A formação para a área da saúde deveria ter como objetivos transformações das práticas profissionais e da própria organização do trabalho e estrutura-se a partir da problematização do processo de trabalho e sua capacidade de dar acolhimento e cuidada às várias dimensões e necessidades de saúde das pessoas dos coletivos e da população. (CECCIM; FEUERWERKER, 2004, p. 43).

Quando perguntados (pergunta 02 do questionário 4, pós-intervenção) sobre quais conhecimentos ampliaram a respeito das ferramentas de Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa em razão do desenvolvimento da intervenção pedagógica.

Dos cinco médicos residentes em MFC que devolveram os questionários pós-intervenção, todos afirmaram ter expandidos seus conhecimentos. Cupuaçu demonstrou que tinha conhecimentos a respeito das sete ferramentas desde a pré-intervenção pedagógica. Guaraná, Jatobá, Pupunha e Mogno registraram que ampliaram seus conhecimentos sobre as ferramentas Escala de Sobrecarga do Cuidador, Rastreo de maus tratos da Pessoa Idosa e Escala de Coelho e Savassi, conforme cada um de seus desconhecimentos sobre as mesmas.

Compreendemos que mudança de hábito não é algo simples, entretanto, tendo em vista o curto espaço de tempo em que foi implementada a intervenção pedagógica, as condições para a realização do trabalho e considerando como uma primeira experiência na UBS Pedacinho de Chão, foi uma ação significativa em razão do movimento criado, do envolvimento dos profissionais da equipe em dispor de um espaço para pensar, refletir, discutir sobre suas ações corriqueiras, proporcionando um olhar para além das atividades “automáticas”.

Esperamos que os médicos residentes em MFC, ao concluírem a especialização, mantenham em suas práticas a utilização de ferramentas de Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa que melhor atender às necessidades de atenção à saúde da população idosa do território em que desenvolvem suas atividades laborais.

Essa esperança de continuidade de mudança de postura poderá ecoar se a experiência de participação na intervenção pedagógica provocar a compreensão do significado das demandas das pessoas, o entendimento de que – por meio de suas reflexões, ampliação de conhecimentos a respeito da atenção à saúde da pessoa idosa, enquanto médicos residentes em MFC –, são na maioria possíveis de soluções (AUSUBEL, 1968; MOREIRA, 2003; MOTTA; RIBEIRO, 2005).

Questionamos (questão 03 do questionário 4, pós-intervenção) sobre que mudanças no cuidado integral da atenção à saúde pessoa idosa o médico residente em MFC conseguiu incorporar na sua prática diária em razão do desenvolvimento da intervenção pedagógica, os cinco médicos foram unânimes em afirmar que incorporaram, no dia a dia do serviço, o uso de instrumentos de avaliação das pessoas idosas. Afirmaram que os instrumentos facilitaram a identificação de sintomas e/ou doenças próprias dessa população e o gerenciamento das prioridades, favorecendo um planejamento individualizado de atendimento a pessoa idosa, assim como a “relação com a família e seu cuidador, podendo esclarecer melhor as orientações sobre autocuidado, vida social, sobre incapacidades e prevenções de doenças” (PUPUNHA).

O que se constata na resposta da ACS Pupunha pode ser considerado como avanço, pois indica que a pesquisa permitiu fazer reflexões significativas quando comparada com a resposta da questão sobre a rotina de atendimento, em que a mesma ACS registrou “dependendo da quantidade de pacientes, realizo uma consulta mais demorada e com atenção, mas sempre voltando à queixa que mais incomoda.”

Tais relatos condizem com a afirmação de que o objetivo da EPS é proporcionar a qualificação, bem como a reorganização dos processos desenvolvidos nos serviços de saúde, considerando a realidade onde atuam, discutindo os problemas inerentes daquele local e também as formas de buscar as soluções, estimulando as mudanças no cuidado da população idosa (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

4.2.3 Categoria Avaliação da Intervenção

Esta categoria instituiu-se dos dados coletados com a finalidade de avaliar a intervenção pedagógica.

Ao solicitarmos a opinião dos médicos residentes em MFC (pergunta 04 do questionário 4, pós-intervenção) sobre pontos fortes e limitações da intervenção pedagógica, obtivemos como respostas variadas.

Das cinco respostas ao questionário pós-intervenção, podemos destacar como os principais pontos positivos mencionados pelos médicos residentes em MFC: a utilização das ferramentas AVD e AIVD no atendimento à atenção da saúde da pessoa idosa, o fortalecimento do planejamento reorganizando os processos de orientação à avaliação e às condutas com uma atenção especial às prioridades das pessoas idosas. Os médicos também ressaltaram a oportunidade de novas abordagens ao atender essa população e elogiaram o procedimento didático adotado na intervenção ao tratar do cuidado e da atenção à saúde da pessoa idosa.

Nesse sentido, destacamos os registros positivos do médico Jatobá: “conhecimento acerca dos diversos instrumentos de avaliação. Chama atenção do profissional para a particularidade da pessoa idosa, trazendo um olhar diferenciado sobre o idoso e suas reais necessidades”, do médico Cupuaçu que afirma: “gerou um impacto positivo na comunidade, capacitação da equipe de saúde, aplicabilidade de novas ferramentas para um melhor planejamento. Criação de rotina na atenção da saúde do idoso, planejamento eficaz, reorganização da prioridade da demanda.” Tais menções demonstram o quão significativa a metodologia de intervenção pedagógica aplicada a EPS, na medida em que os profissionais de

saúde, a partir de um diagnóstico da realidade, de um planejamento, de um desenvolvimento de ações e de uma avaliação após a intervenção possibilitam mudanças nos processos de trabalho (DAMIANI *et al.*, 2013; CASTRO, 2014).

Com relação às limitações, também questionadas na pergunta 04 do questionário 4, pós-intervenção, destacaram-se dois aspectos, um pertinente à intervenção pedagógica propriamente, e outro a respeito de âmbito geral, que não foi o questionamento. Entretanto, não o desconsideramos em razão de ter sido foco de três dos cinco médicos que responderam ao questionário pós-intervenção.

Quanto às limitações da intervenção pedagógica, os médicos residentes em MFC registraram o curto tempo para a aplicação das aprendizagens a partir dos encontros realizados (GUARANÁ e JATOBÁ) e a resistência dos envolvidos para a implantação de novas práticas (CUPUAÇU). As limitações pertinentes aos aspectos gerais foram: a falta de incentivo por parte da gestão municipal (CUPUAÇU) e a maioria das pessoas idosas, que necessita, comparecer às consultas sem acompanhamento de um membro familiar ou cuidador (MOGNO e PUPUNHA). O médico Mogno afirmou que “Não vejo pontos negativos na intervenção pedagógica, apenas possibilidades de crescimento e desenvolvimento na abordagem para a atenção da pessoa idosa.”

Constatamos nas respostas dos médicos residentes em MFC que, no desejo de registrar os pontos limitantes, não conseguiram se afastar do seu objeto de trabalho cotidiano, algo comum no exercício da profissão, pois nos envolvemos de tal maneira nos processos inerentes à profissão que termina tornando-se praticamente uma extensão de nós mesmos.

Em síntese, a partir dos achados das categorias Rotina de Atendimento, Aprendizagens e Avaliação da Intervenção, identificamos falta de conhecimentos sobre a atenção à saúde da pessoa idosa, tanto entre os ACS quanto entre os médicos residentes em MFC. Esses profissionais apresentaram distintos graus de compreensão, bem como a apropriação de diferentes conteúdos, em maior ou menor profundidade. Tal constatação nos sugere a existência de relação direta com os interesses e objetivos de cada um, mas, também, com a formação inicial desses profissionais. Contudo, reconhecemos que o processo de incorporação de novas aprendizagens demanda um tempo para que os profissionais possam agir e refletir sobre suas ações e empreenderem novos processos, assim como, uma permanência de ações que retroalimentem esse processo de EPS ora implementado.

Um dos desafios a serem enfrentados é:

preparar trabalhadores que possam responder às rápidas mudanças tecnológicas, mas também **políticas do setor da saúde** que sejam capazes de penetrar o mundo do

trabalho com uma inserção técnico-científica, acima de tudo criativa, crítica e **humanista**, como ator ativo que constrói lugares sociais e políticos. (MOREIRA, 2015, p. 715, grifos nossos).

É nesse aspecto que a EPS poderia valer-se, também, dos recursos tecnológicos para viabilizar processos de atenção à saúde da pessoa idosa, de maneira que o tempo do médico fosse destinado a maior escuta e ao atendimento ao paciente conforme as discussões e estudos realizados por esta pesquisa, quando da implantação de uma rotina de atenção à saúde da pessoa idosa em uma equipe de saúde da família de Porto Velho/RO.

4.3 ANÁLISE QUANTITATIVA: OBJETIVOS, METAS E AÇÕES

A partir da implementação da intervenção pedagógica desenvolvida com os ACS e médicos residentes em MFC, oportunizou-se discussões, estudos, apropriação dos instrumentos que provocou um movimento de estímulo, de mudança junto aos profissionais de saúde, contribuindo para o estabelecimento de metas que colaboram para a ampliação dos dados quantitativos de atendimento a atenção à saúde da pessoa idosa.

Esses dados foram monitorados e sistematizados com base na planilha de Objetivos, Metas, Indicadores e Ações (OMIA) desenvolvida pelo Departamento de Medicina Social da UFPel (UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS, 2011).

O Quadro 2 apresenta de forma geral as ações desenvolvidas para atingir as metas estabelecidas com base em quatro eixos: 1. Monitoramento e Avaliação; 2. Organização e Gestão do Serviço; 3. Engajamento Público e 4. Qualificação da Prática Clínica.

Quadro 3 – Objetivos e metas da Equipe Nova Esperança I/Industrial da UBS Pedacinho de Chão, no município de Porto Velho-RO

(Continua)

OBJETIVO (EIXO)	METAS
1. Cobertura	1.1) Cadastrar 100% de usuários acompanhados pela Equipe Nova Esperança I/Industrial da UBS Pedacinho de Chão, no município de Porto Velho-RO no e-SUS.
2. Qualidade	2.2) Realizar exame clínico apropriado em dia a 100% das pessoas idosas acompanhadas pela Equipe Nova Esperança I/Industrial da UBS Pedacinho de Chão, no município de Porto Velho-RO.
	2.3) Rastrear, para Hipertensão Arterial Sistêmica, 100% das pessoas idosas acompanhadas pela Equipe Nova Esperança I/Industrial da UBS Pedacinho de Chão, no município de Porto Velho-RO.
	2.4) Rastrear, para diabetes Mellitus, 100% das pessoas idosas acompanhadas pela Equipe Nova Esperança I/Industrial da UBS Pedacinho de Chão, no município de Porto Velho-RO.
	2.6) Solicitar exames complementares periódicos em dia a 100% das pessoas idosas acompanhadas pela Equipe Nova Esperança I/Industrial da UBS Pedacinho de Chão, no município de Porto Velho-RO.

Quadro 3 – Objetivos e metas da Equipe Nova Esperança I/Industrial da UBS Pedacinho de Chão, no município de Porto Velho-RO

(conclusão)

OBJETIVO (EIXO)	METAS
2. Qualidade	2.7) Prescrever, de forma prioritária, 100% dos medicamentos da Farmácia Popular para as pessoas idosas acompanhadas pela da Equipe Nova Esperança I/Industrial da UBS Pedacinho de Chão no município de Porto Velho-RO, que necessitem desses medicamentos.
	2.8) Cadastrar 100% das pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção acompanhadas pela Equipe Nova Esperança I/Industrial da UBS Pedacinho de Chão, no município de Porto Velho-RO.
	2.9) Realizar visita domiciliar à 100% das pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção acompanhadas pela Equipe Nova Esperança I/Industrial da UBS Pedacinho de Chão, no município de Porto Velho-RO.
3. Adesão	3.1) Buscar 30% das pessoas idosas faltosas às consultas programadas.
4. Registro	4.1) Registrar 100% das pessoas idosas na ficha de acompanhamento dos idosos da Equipe Nova Esperança I/Industrial da UBS Pedacinho de Chão, no município de Porto Velho-RO.
	4.2) Entregar a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a 100% das pessoas idosas acompanhadas pela Equipe Nova Esperança I/Industrial da UBS Pedacinho de Chão, no município de Porto Velho-RO.
5. Avaliação de risco	5.2) Avaliar a fragilização na velhice em 100% das pessoas idosas acompanhadas pela Equipe Nova Esperança I/Industrial da UBS Pedacinho de Chão, no município de Porto Velho-RO.
	5.3) Atualizar e avaliar 100% da rede social das pessoas idosas acompanhadas pela Equipe Nova Esperança I/Industrial da UBS Pedacinho de Chão, no município de Porto Velho-RO.
6. Promoção da saúde	6.1) Realizar orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis a 100% das pessoas idosas acompanhadas pela Equipe Nova Esperança I/Industrial da UBS Pedacinho de Chão, no município de Porto Velho-RO.
	6.2) Orientar sobre prática regular de atividade física 100% das pessoas idosas acompanhadas pela Equipe Nova Esperança I/Industrial da UBS Pedacinho de Chão, no município de Porto Velho-RO.
	6.3) Orientar sobre higiene bucal 100% das pessoas idosas acompanhada pela Equipe Nova Esperança I/Industrial da UBS Pedacinho de Chão, no município de Porto Velho-RO.

Fonte: Penha (2018), elaborado em setembro com base nos dados coletados.

A seguir apresentamos os indicadores e resultados de cada uma das metas registradas no quadro 2, estabelecidas e implementadas pela Equipe Nova Esperança I/Industrial, em razão do desenvolvimento da pesquisa de intervenção pedagógica realizada.

1.1) Meta: Cadastrar 100% de usuários cobertos pela Equipe Nova Esperança I/Industrial da UBS Pedacinho de Chão, no município de Porto Velho-RO, no e-SUS.

Indicador: Proporção de usuários cobertos pelo programa de atenção à saúde da pessoa idosa da Equipe Nova Esperança I/Industrial da UBS Pedacinho de Chão, no município de Porto Velho-RO.

Resultado: 100% (106) pessoas idosas da equipe cadastradas.

a) Eixo – Monitoramento e Avaliação: O monitoramento e a avaliação da cobertura das pessoas idosas da Equipe Nova Esperança I/Industrial foram realizados semanalmente a

partir do preenchimento da ficha do prontuário, já utilizada na UBS, e com o apoio da ACS a partir dos documentos por elas preenchidos nas visitas domiciliares. As pessoas idosas foram cadastradas pelas ACS, que realizaram levantamento e identificação dos moradores do território de abrangência da Equipe. Também coube às ACS garantir a manutenção atualizada do sistema e-SUS a partir das informações originadas no decorrer de cada mês;

b) Eixo – Organização e Gestão do Serviço: O acolhimento das pessoas idosas foi realizado diariamente, entre todos os membros da equipe, quando a pessoa idosa procurava a UBS, entre as rotinas dos turnos. Todas foram recebidas com escuta, buscando avaliar as demandas de cada idoso ou acompanhante. As pessoas idosas e seus acompanhantes receberam informações sobre o programa de idosos na UBS e foram agendadas consultas, quando necessário, o mais breve possível. Em casos de problemas de saúde agudos, foram realizadas consultas de encaixe no mesmo turno em as pessoas idosas estiverem da UBS;

c) Eixo – Engajamento Público: Buscamos o engajamento público por meio de esclarecimento à comunidade do que vem sendo realizado pela Equipe de uma forma geral, utilizando o contato dos profissionais com os usuários e, sobretudo, diretamente com as pessoas idosas em suas consultas (quando foram até a UBS ou nas reuniões de grupos na microárea. Foram fixados anúncios informativos na sala de espera sobre aspectos importantes para o cuidado da pessoa idosa, convidando-as para as consultas de rotina. Cabe destacar o papel das ACS nas ações de engajamento público, levando esclarecimentos para a comunidade nas visitas domiciliares.

Com relação a informar a comunidade sobre o Programa Saúde à atenção à saúde da pessoa idosa na UBS, coube aos ACS a responsabilidade, juntamente com os demais profissionais que compõem a eSF. Orientamos a respeito da importância do cuidado com a saúde, alertamos para o controle da pressão arterial e da glicemia, assim como informamos sobre as atividades desenvolvidas no programa por meio de palestras, murais, banners e folders. Também orientamos sobre os fatores de risco para a pessoa idosa, tanto na UBS como nas microáreas cobertas pela equipe, mediante rodas de conversas, atividades de grupo na igreja, no clube e durante as visitas domiciliares.

d) Eixo – Qualificação da Prática Clínica: Quando da implementação da intervenção pedagógica, os componentes da eSF tiveram a oportunidade de expor suas necessidades e mencionaram o que consideravam pontos fortes e fracos acerca do acolhimento às pessoas idosas. Nessa ocasião, instigamos a refletirem sobre os referidos pontos.

A capacitação das ACS e dos médicos residentes em MFC foi realizada por meio de atividades de Educação na Saúde, nas quais estimulou-se a visita a todas as famílias

cadastradas, priorizando a busca ativa das pessoas idosas, particularmente daquelas que não estavam realizando o acompanhamento na UBS Pedacinho de Chão. Trabalhamos, ainda, as demandas levantadas mediante as respostas aos questionários pré-intervenção. Ao possibilitarmos espaço para que as ACS e os médicos residentes em MFC colocassem suas demandas e suas dificuldades ou reiterassem suas respostas do questionário de pré-intervenção, esses profissionais, em conjunto, criaram estratégias para o resgate dessas pessoas idosas.

2.2) Meta: Realizar exame clínico apropriado em dia à 100% das pessoas idosas acompanhadas pela Equipe Nova Esperança I/Industrial da UBS Pedacinho de Chão, no município de Porto Velho-RO.

Indicador: Proporção de pessoas idosas acompanhadas pela Equipe Nova Esperança I/Industrial da UBS Pedacinho de Chão, no município de Porto Velho-RO.

Resultado: 100% (106) pessoas idosas realizaram exames.

a) Eixo – Monitoramento e Avaliação: Na UBS Pedacinho de Chão, todas as pessoas idosas acompanhadas possuem prontuário no qual existe o registro histórico pertinentes aos cuidados realizados, favorecendo ao médico o direcionamento e a realização do exame clínico. Dessa maneira, o tratamento ocorre conforme a necessidade e estimulando o autocuidado. Além do monitoramento mensal na UBS, por meio da avaliação das fichas espelho e dos prontuários clínicos das pessoas idosas, também o fizemos com as ACS, tendo como referência os instrumentos de registros quando da realização das visitas domiciliares;

b) Eixo – Organização e Gestão do Serviço: O trabalho foi organizado e cada pessoa da equipe Nova Esperança I/Industrial teve sua atribuição definida para a realização do exame clínico das pessoas idosas. Assim, nos encontros com a Equipe, as atribuições de cada profissional permitiram a qualidade no resultado da intervenção pedagógica, assim como a busca das pessoas idosas que não realizaram um exame clínico apropriado esteve garantida por meio do trabalho sistemático das ACS, com base nos prontuários clínicos. Os médicos têm organizado a agenda de trabalho conjuntamente com as ACS da maneira como ficou programada, conforme a necessidade de consultas diárias para as pessoas idosas oriundas de buscas domiciliares, isto é, aquelas que não chegam até a UBS por demanda espontânea. Para pessoas idosas avaliadas na consulta médica que apresentaram alterações neurológicas ou circulatórias, realizamos referência (quando o médico da Atenção Básica de Saúde encaminha o paciente para o médico especialista, munido dos questionamentos pertinentes ao seu quadro

clínico) ou contra referência (quando o paciente retorna do médico especialista com as respostas do seu quadro clínico para o seu médico da Unidade Básica de Saúde) dos pacientes às unidades de atendimento especializadas neste tipo de acometimento;

c) Eixo – Engajamento Público: A orientação para a comunidade quanto às doenças predominantes entre as pessoas idosas, depressão, incontinência urinária, a osteoporose e também quanto às quedas, os membros da Equipe realizaram encontros semanalmente, nas quartas-feiras, com o grupo de pessoas idosas nas microáreas, assim como com o grupo de caminhada, também semanalmente, às sextas-feiras. Além desses encontros com o grupo de pessoas idosas, durante cada consulta médica, usuários e familiares receberam orientação a respeito destas doenças e sobre as consequências que elas podem trazer para a saúde da pessoa idosa;

d) Eixo – Qualificação da Prática Clínica: Quando dos encontros realizados no auditório da UBS, estabelecidos em razão da intervenção pedagógica, reorientamos a Equipe na realização de exame clínico adequado e quanto ao registro dos procedimentos clínicos em todas as consultas. Nesses encontros, na qualidade de médica da equipe, demonstramos o procedimento a ser realizado, levando em consideração o caderno de envelhecimento e saúde da pessoa idosa, que se constitui de um material indutor de ações de saúde, buscando suprir uma carência a respeito de conteúdos específicos da área do envelhecimento e saúde, assim como se apresenta como um guia de subsídios destinado aos profissionais de saúde para a implementação de ações voltadas para a saúde da pessoa idosa, além das vivências na prática clínica dos profissionais. Também salientamos sempre e reiteramos a importância das informações e orientamos a equipe quanto à necessidade de arquivamento dessas informações no prontuário clínico das pessoas idosas.

2.3) Meta: Rastrear, para Hipertensão Arterial Sistêmica, 100% das pessoas idosas acompanhadas pela Equipe Nova Esperança I/Industrial da UBS Pedacinho de Chão, no município de Porto Velho-RO.

Indicador: Proporção de pessoas idosas acompanhadas pela Equipe Nova Esperança I/Industrial da UBS Pedacinho de Chão no município de Porto Velho-RO.

Resultado: 100%, isto é, 106 pessoas idosas rastreadas, das quais 68 apresentavam hipertensão arterial sistêmica.

a) Eixo – Monitoramento e Avaliação: O monitoramento foi realizado pela Equipe Nova Esperança I/Industrial, que utilizou os recursos cadastrais de cada pessoa idosa,

disponibilizado pelas ACS, para averiguar, semanalmente, as pessoas idosas com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS). Também utilizamos a ficha espelho e os prontuários clínicos;

b) Eixo – Organização e Gestão do Serviço: O acolhimento de maneira holística foi realizado por membros da Equipe buscando assegurar o amparo e a segurança frente às queixas e necessidades de saúde. Depois da escuta das necessidades da pessoa idosa, a equipe avaliou a conduta a ser tomada. Os casos de problemas agudos foram atendidos no mesmo turno. Para os casos que não apresentavam necessidade de atendimento urgente, foram agendadas consultas o mais breve possível. Entre as intervenções realizadas pela equipe, destacamos as aferições da pressão arterial e a conscientização a respeito da importância de adquirir hábitos alimentares saudáveis – além de evidenciar a importância do envolvimento dos familiares da pessoa idosa hipertensa na busca das metas a serem alcançadas pelas mudanças do estilo de vida;

c) Eixo – Engajamento Público: No desenvolvimento das ações acima foram fornecidas orientações às pessoas idosas durante as consultas médicas como também durante a realização das rodas de conversa e palestras, nas quais foram agendadas de acordo com o cronograma por microáreas. Ainda foram distribuídos panfletos e fixados cartazes nos diversos espaços físicos da UBS – contendo as principais informações a respeito dos casos em que se deve solicitar VD –, sobre a importância das atividades de rastreamento para hipertensos e diabéticos, além da realização dos exames complementares solicitados e do seguimento das orientações dadas pelos profissionais de saúde da UBS, como o uso adequado da medicação e adoção de hábitos saudáveis, como alimentação adequada e prática regular de atividade física;

d) Eixo – Qualificação da Prática Clínica: Durante a intervenção pedagógica, as ações de capacitação pedagógica foram desenvolvidas nos encontros organizados com a Equipe, sendo aberto espaço para questionamentos, treinamento, "tira-dúvidas", orientações gerais, específicas e planos de atuação. Os ACS foram orientados, no decorrer das reuniões, sobre cadastramento, identificação, acompanhamento domiciliar individual das pessoas idosas e reconhecimento de casos que necessitam VD.

Capacitamos todos os membros da Equipe Nova Esperança I/Industrial para a verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo orientações sobre o uso adequado do manguito. Para tanto, realizamos demonstrações práticas.

2.4) Meta: Rastrear, para Diabetes Mellitus, 100% das pessoas idosas acompanhadas pela Equipe Nova Esperança I/Industrial da UBS Pedacinho de Chão, no município de Porto Velho-RO.

Indicador: Proporção de pessoas idosas acompanhadas pela Equipe Nova Esperança I/Industrial da UBS Pedacinho de Chão no município de Porto Velho-RO.

Resultado: 100%, ou seja, 106 das pessoas idosas rastreadas, das quais 23 apresentavam Diabetes Mellitus.

a) Eixo – Monitoramento e Avaliação: Com a implementação da intervenção, os médicos residentes em MFC registraram no e-SUS o número de pessoas idosas que apresentavam Diabetes Mellitus e mantiveram esses dados atualizados. As ACS fizeram o agendamento dessas pessoas idosas durante as VD. O rastreamento foi realizado pelas ACS das microáreas, mensalmente, nas residências das pessoas idosas acamadas e na UBS para aquelas pessoas idosas em condições de comparecer à Unidade Básica de Saúde;

b) Eixo – Organização e Gestão do Serviço: Garantimos o acolhimento das pessoas idosas, assim como os testes rápidos para aqueles que apresentavam Diabete Mellitus. Também observamos, criteriosamente, os usuários que tinham necessidade de maior atenção. Tais ações foram desenvolvidas pela Equipe a partir de reuniões pré-agendadas por microárea, material adequado para realização de hemoglicoteste na UBS e para uso nas VD;

c) Eixo – Engajamento Público: A Equipe fez uso dos diferentes espaços de contato com os usuários (reuniões de grupos, VD, consultas etc.), visando orientar sobre a importância da realização do rastreamento de Diabetes Mellitus em pessoas idosas e do tratamento oportuno das limitações e de doenças agudas, assim como de manter compensadas as doenças crônicas como a hipertensão arterial sistêmica e a Diabetes Mellitus;

d) Eixo – Qualificação da Prática Clínica: Ao longo da intervenção, reiterávamos, cotidianamente, aos membros da Equipe, por meio de rodas de conversas, a maneira adequada para obter o acompanhamento adequado de cada pessoa idosa com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg e reforçamos a capacitação da equipe para a realização do hemoglicoteste de forma adequada.

2.6) Meta: Solicitar exames complementares periódicos em dia para 100% das pessoas idosas acompanhadas pela Equipe Nova Esperança I/Industrial da UBS Pedacinho de Chão, no município de Porto Velho-RO.

Indicador: Proporção de pessoas idosas acompanhadas pela Equipe Nova Esperança I/Industrial da UBS Pedacinho de Chão no município de Porto Velho-RO.

Resultado: 100%, cujo total são 106 pessoas idosas que tiveram exames complementares periódicos solicitados.

a) Eixo – Monitoramento e Avaliação: Foi realizado o acompanhamento das pessoas idosas de acordo com a necessidade (semanal, quinzenal, mensal ou trimestral) das pessoas idosas hipertensas e/ou diabéticas com exame solicitados, por meio dos prontuários, da caderneta da pessoa idosa, da ficha-espelho e da planilha de coleta de dados, permitindo, inclusive, a identificação daqueles que não estão indicados com o objetivo de solicitá-los;

b) Eixo – Organização e Gestão do Serviço: A Equipe de saúde garantiu o processo de solicitação de exames complementares para as pessoas idosas com hipertensão ou diabetes que são acompanhadas na unidade, seja em consulta ou na VD. Entretanto, a realização do exame se constitui em uma limitação, pois a UBS, em determinados períodos, não possuiu os reagentes para a realização dos exames;

c) Eixo – Engajamento Público: As ações de orientações aos pacientes e à comunidade quanto à necessidade e a periodicidade dos exames complementares foram desenvolvidas pela equipe Nova Esperança I/Industrial. Para isto, foram muito úteis os encontros com grupos de pessoas idosas, assim como as atividades de promoção e prevenção de saúde realizadas nos diferentes espaços de interação com as pessoas idosas, na UBS ou no domicílio;

d) Eixo – Qualificação da Prática Clínica: Capacitamos os membros da Equipe quanto ao protocolo de solicitação de exames complementares adotado pela UBS. Tal ação foi desenvolvida conforme o cronograma de reuniões em que os médicos residentes em MFC, utilizando as fichas espelho e as fichas de solicitação de exames complementares, treinamos a Equipe para realizar esta atividade sem dificuldade e no tempo certo.

2.7) Meta: Prescrever, de forma prioritária, 100% dos medicamentos da Farmácia Popular para as pessoas idosas acompanhadas pela da Equipe Nova Esperança I/Industrial da UBS Pedacinho de Chão, no município de Porto Velho-RO, que necessitem desses medicamentos.

Indicador: Proporção de pessoas idosas com prescrição de medicamentos acompanhadas pela Equipe Nova Esperança I/Industrial da UBS Pedacinho de Chão, no município de Porto Velho-RO.

Resultado: 100%, isto é, 85 pessoas idosas fazem uso de medicação e para estas pessoas foi prescrito medicamentos da farmácia popular.

a) Eixo – Monitoramento e Avaliação: Para as pessoas que apresentavam doenças crônicas não transmissíveis, como hipertensão, os medicamentos foram disponibilizados pela farmácia da UBS e os medicamentos não disponíveis na unidade foram providos pela farmácia popular.

Essa ação é de responsabilidade da Direção Geral da UBS, que verifica, mensalmente, o acesso das pessoas idosas portadoras de HAS, por meio dos registros de controle de saída de medicamentos, assim como do estoque de remédios disponíveis na farmácia da UBS, evitando a falta de medicamentos para essa doença.

Salientamos que há pessoas idosas que também são acompanhados por especialistas, como cardiologistas, endocrinologistas, clínicos gerais, geriatras, entre outros, que prescreveram tratamentos específicos para eles (alguns dispõem de boa renda e podem comprar esses remédios, além de terem controle da doença crônica).

b) Eixo – Organização e Gestão do Serviço: Com o auxílio do responsável pela farmácia da UBS, foi possível realizar o controle do estoque de medicamentos e o registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na Unidade Básica de Saúde Pedacinho de Chão. Para tanto, foram utilizados o livro de controle de saída de medicamentos e o registro específico quando se trata de pessoas idosas diabéticas ou hipertensas;

c) Eixo – Engajamento Público: A Equipe Nova Esperança I/Industrial orientou a comunidade com relação ao direito de acesso aos medicamentos na farmácia da UBS, assim como sobre os procedimentos para obter este acesso. As orientações foram realizadas nas reuniões com grupos de pessoas idosas e durante as atividades de promoção e prevenção de saúde desenvolvidas nos diferentes espaços de interação, como na UBS ou na VD.

d) Eixo – Qualificação da Prática Clínica: A secretaria de saúde do município de Porto Velho – RO desenvolve capacitações pontuais para os profissionais pertinentes ao tratamento de HAS e/ou Diabetes Mellitus. Especialmente durante o período da intervenção, fortalecemos os estudos e as discussões sobre tais doenças e reforçamos os procedimentos de acesso a medicamentos por meio da farmácia da própria UBS, assim como da farmácia popular.

2.8) Meta: Cadastrar 100% das pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção acompanhadas pela Equipe Nova Esperança I/Industrial da UBS Pedacinho de Chão, no município de Porto Velho-RO.

Indicador: Proporção de pessoas idosas acompanhadas pela Nova Esperança I/Industrial da UBS Pedacinho de Chão, no município de Porto Velho-RO.

Resultado: 100%, ou seja, 11 pessoas idosas acamadas e/ou com dificuldade de locomoção.

a) Eixo – Monitoramento e Avaliação: Coube às ACS, a partir das VD mensais, o cadastramento, o rastreamento e a manutenção atualizada do cadastro das pessoas idosas da área como uma das rotinas cotidianas. Para os casos das pessoas idosas identificadas como de rede social frágil, foi agendada a consulta pela própria ACS e, em caso de necessidade, foi solicitada a VD com a equipe médica e de enfermagem, de acordo com a demanda. Para as pessoas idosas que possuíam rede social efetiva, orientamos a família sobre os casos em que se deve solicitar VD, bem como sua disponibilidade;

b) Eixo – Organização e Gestão do Serviço: Os registros das pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção foram realizados por meio do preenchimento da ficha espelho e da planilha de coleta de dados, assim como nos prontuários médicos, pelos ACS e médicos residentes em MFC;

c) Eixo – Engajamento Público: Informamos a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Pessoa Idosa as sobre responsabilidades da equipe de saúde por meio das reuniões com grupos de pessoas idosas, bem como nas atividades de promoção e prevenção de saúde desenvolvidas nos diferentes espaços de interação com os mesmos;

d) Eixo – Qualificação da Prática Clínica: Durante os encontros previstos para a intervenção e nas reuniões de planejamento mensal junto à Equipe Nova Esperança I/Industrial, capacitamos as ACS para manter atualizado o cadastramento das pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção que residem nas suas respectivas microáreas;

2.9) Meta: Realizar visita domiciliar à 100% das pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção acompanhadas pela Equipe Nova Esperança I/Industrial da UBS Pedacinho de Chão, no município de Porto Velho-RO.

Indicador: Proporção de pessoas idosas acompanhadas pela Equipe Nova Esperança I/Industrial da UBS Pedacinho de Chão, no município de Porto Velho-RO.

Resultado: 100%, isto é 11 pessoas idosas acamadas ou com problema de locomoção.

a) Eixo – Monitoramento e Avaliação: Para o desenvolvimento do monitoramento das VD às pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção, foram realizadas reuniões mensais com os médicos residentes em MFC e demais membros da Equipe explicitando os

procedimentos para tal nas microáreas do território da equipe Nova Esperança I/Industrial. Tais visitas e reuniões foram registradas em formulários próprios;

b) Eixo – Organização e Gestão do Serviço: Organizamos uma programação de visitas domiciliares às pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção, semanalmente, no turno vespertino, em conjunto com médicos residentes e os agentes de saúde de cada microárea;

c) Eixo – Engajamento Público: Para a orientação da comunidade sobre os casos que devem solicitar VD e sobre a disponibilidade de visita domiciliar para as pessoas idosas acamadas, ou com problemas de locomoção, a Equipe utilizou-se das atividades de grupo, assim como dos diferentes espaços de reuniões com os usuários, seja na UBS ou no domicílio das pessoas idosas;

d) Eixo – Qualificação da Prática Clínica: Para a ação de orientação dos ACS a respeito do cadastro, identificação, reconhecimento e acompanhamento domiciliar das pessoas idosas acamadas ou com problema de locomoção, como médica responsável pela Equipe, realizamos atividades em grupo em que as ACS receberam as informações necessárias para desenvolverem estas atividades.

3.1) Meta: Buscar 30% das pessoas idosas faltosas às consultas programadas.

Indicador: Proporção de pessoas idosas faltosas às consultas acompanhadas pela Equipe Nova Esperança I/Industrial da UBS Pedacinho de Chão no município de Porto Velho-RO.

Resultado: 30%, isto é, 8 pessoas idosas das 26 que faltaram as consultas programadas, do total de 106 pessoas idosas acompanhadas pela Equipe.

a) Eixo – Monitoramento e Avaliação: A partir do momento em que foi constatada a ausência da pessoa idosa na consulta agendada, a ACS responsável pela área daquele paciente foi informada e orientada para proceder com a busca ativa deste usuário (pessoa idosa) e a marcação de nova consulta;

b) Eixo – Organização e Gestão do Serviço: As ACS organizavam novas VD para levantar a razão das ausências e agendar novas consultas para atendimentos das pessoas idosas oriundas das buscas domiciliares. Para o novo agendamento de consulta, as ACS levaram em consideração o motivo da ausência. Caso o usuário estivesse impossibilitado de se deslocar até a UBS por imobilidade, era agendada VD com o enfermeiro, médico ou ambos para o devido atendimento;

c) Eixo – Engajamento Público: Ouvimos a comunidade sobre as possíveis estratégias para evitar o não comparecimento das pessoas idosas nas consultas, orientamos a respeito da importância de realização das consultas, assim como esclarecemos às pessoas idosas sobre a periodicidade indicada para a realização das consultas. Tais procedimentos foram realizados nas atividades coletivas em grupos, rodas de conversa, palestras e visitas domiciliares;

d) Eixo – Qualificação da Prática Clínica: Reforçamos, junto às ACS, as orientações sobre a periodicidade das consultas, atualizando as profissionais acerca da importância e dos benefícios de um acompanhamento apropriado a pessoa idosa, em virtude da necessidade de diagnóstico precoce para a prevenção de complicações que intervêm na qualidade de vida da população idosa;

4.1) Meta: Registrar 100% das pessoas idosas acompanhadas na ficha de acompanhamento dos idosos da Equipe Nova Esperança I/Industrial da UBS Pedacinho de Chão, no município de Porto Velho-RO.

Indicador: Proporção de pessoas idosas acompanhadas pela Equipe Nova Esperança I/Industrial da UBS Pedacinho de Chão, no município de Porto Velho-RO.

Resultado: 100%, isto é, 106 pessoas atendidas pela Equipe.

a) Eixo – Monitoramento e Avaliação: No decorrer do processo de desenvolvimento da intervenção pedagógica, as ACS, por meio de visita domiciliar, de acordo com a microárea de responsabilidade de cada uma, realizaram a atualização do cadastro individual das pessoas idosas. Essa ação teve como instrumento de registro a ficha de cadastro individual do e-SUS, que objetiva

Registrar as condições de saúde, características sociais, econômicas, demográficas, entre outras, dos usuários no território das equipes de Atenção Básica. É composta por duas partes: informações de identificação/sociodemográficas e condições de saúde autorreferidas pelo usuário. (E-SUS, 2019, p. 21).

b) Eixo – Organização e Gestão do Serviço: De posse das informações, a partir das visitas domiciliares, as ACS atualizam o sistema e-SUS sistematicamente, revisando o registro de dados dos prontuários clínicos, das fichas espelho e das fichas de cadastro individual;

c) Eixo – Engajamento Público: Essa ação foi realizada durante a Intervenção Pedagógica por meio do desenvolvimento de atividades coletivas e individuais. Em espaços públicos (na igreja e no clube), realizamos reuniões por microárea esclarecendo a respeito da

importância do acompanhamento sistemático da saúde da pessoa idosa. Entre as temáticas abordadas nas referidas reuniões, podemos citar as seguintes: fatores de riscos para quedas, a importância do cuidador, presença de familiares nas consultas, Diabetes Mellitus, Hipertensão Arterial Sistêmica, funcionamento do programa de atenção à pessoa idosa. Além disso, orientamos as pessoas idosas sobre a importância de portar a caderneta quando for consultar em todos os níveis da atenção. Durante essas atividades, também realizamos aferição da pressão arterial, glicemia capilar das pessoas idosas e consultas médicas, quando necessário.

Nas visitas domiciliares, tais temáticas foram reforçadas junto às pessoas idosas e seus cuidadores, tanto pelas ACS quanto pelos médicos residentes em MFC.

d) Eixo – Qualificação da Prática Clínica: No decorrer do desenvolvimento da intervenção, intensificamos as capacitações a partir do levantamento obtido com o questionário pré-intervenção. Além nas reuniões mensais de planejamento, realizamos três encontros de intervenção pedagógica com as ACS e quatro com os médicos residentes em MFC. Nesses encontros, capacitamos os profissionais sobre a Atenção à Saúde da Pessoa Idosa.

Entre as temáticas abordadas, destacamos: acolhimento, busca ativa e a saúde da pessoa idosa, política nacional de humanização e o Programa Atenção à Pessoa Idosa, preenchimento da carteira da pessoa idosa, entre outras.

4.2) Meta: Entregar a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a 100% das pessoas idosas acompanhadas pela Equipe Nova Esperança I/Industrial da UBS Pedacinho de Chão, no município de Porto Velho-RO.

Indicador: Proporção de pessoas idosas acompanhadas pela Equipe Nova Esperança I/Industrial da UBS Pedacinho de Chão, no município de Porto Velho-RO.

Resultado: 100%, ou seja, 106 pessoas idosas assistidas pela equipe.

a) Eixo – Monitoramento e Avaliação: Após o início da intervenção pedagógica com as ACS, entregamos a caderneta de saúde da pessoa idosa e realizamos o preenchimento das informações. Também foi explicada à pessoa idosa e seus cuidadores sobre a importância de portar a caderneta nas consultas com médico, enfermeiro e dentista UBS, assim como nos outros níveis de atenção à saúde;

b) Eixo – Organização e Gestão do Serviço: Em reunião com a Direção Geral da UBS, solicitamos que fossem viabilizadas, junto à Secretaria Municipal de Saúde, as cadernetas de

saúde da pessoa idosa para que a equipe pudesse realizar a distribuição das referidas carteiras, informar sobre o devido preenchimento e a orientar acerca de sua utilização;

c) Eixo – Engajamento Público: A partir do momento que tivemos acesso à caderneta da pessoa idosa, a Equipe, em todas as reuniões de grupo e visitas domiciliares, reorientou as pessoas idosas da comunidade sobre a importância de portar a caderneta durante suas consultas e em outros níveis de atenção;

d) Eixo – Qualificação da Prática Clínica: Durante o desenvolvimento da intervenção pedagógica, realizamos uma formação da Equipe para o correto preenchimento da caderneta de saúde da pessoa idosa.

5.2) Meta: Avaliar a fragilização na velhice em 100% das pessoas idosas acompanhadas pela Equipe Nova Esperança I/Industrial da UBS Pedacinho de Chão, no município de Porto Velho-RO.

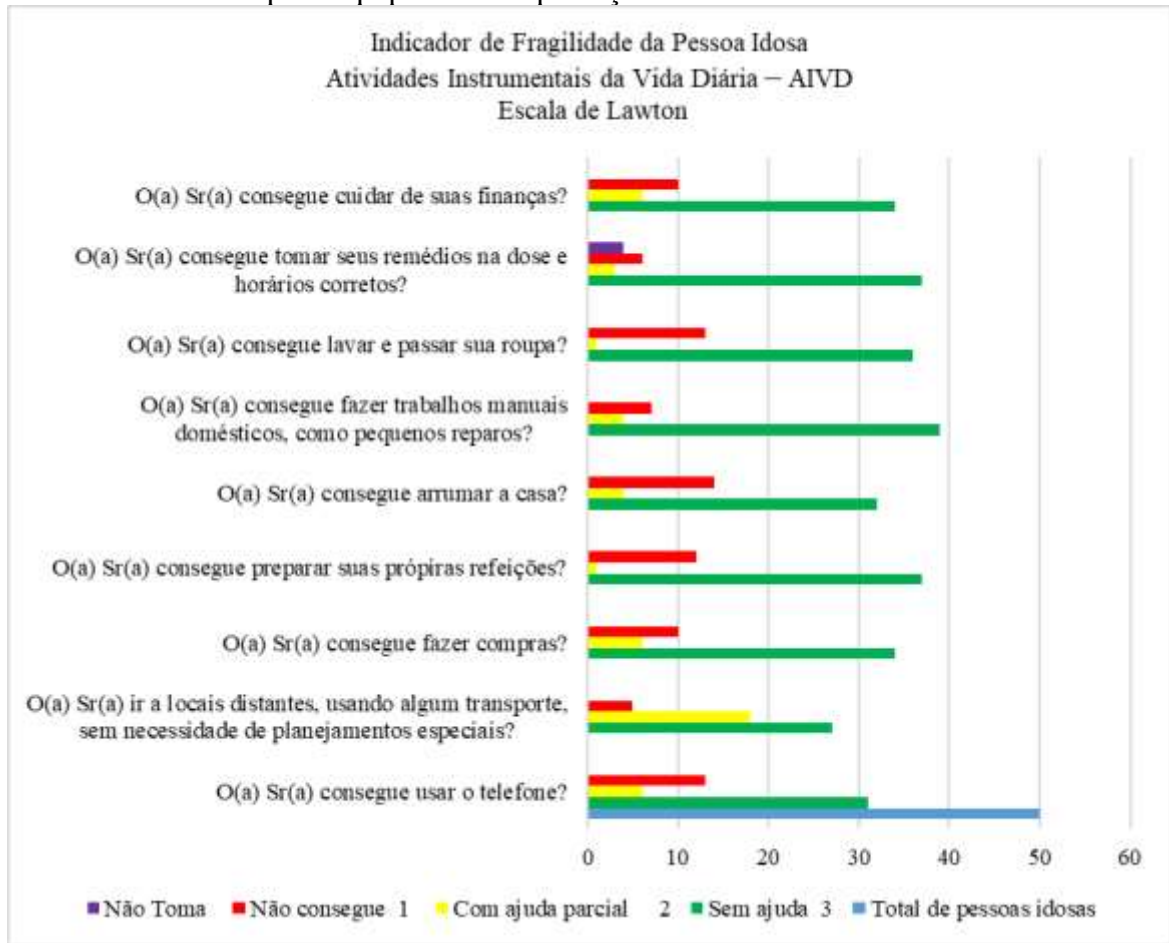
Indicador: Proporção de pessoas idosas acompanhadas pela Equipe Nova Esperança I/Industrial da UBS Pedacinho de Chão, no município de Porto Velho-RO.

Resultado: 47%, isto é, 50 pessoas idosas das 106 acompanhadas pela referida equipe.

a) Eixo – Monitoramento e Avaliação: Os residentes, nas visitas domiciliares, consultas ambulatoriais e atividades em grupo na comunidade, utilizaram a ferramenta Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD) (LAWTON; BRODY, 1969) e o instrumento de independências nas Atividades da Vida Diária de Katz–AVD (KATZ *et al.*, 1963) junto a 50 pessoas idosas que se encontravam na faixa etária entre 60-69 (26 pessoas idosas), 70-79 (13 pessoas idosas), 80-89 (seis pessoas idosas), 90-99 (cinco pessoas idosas).

Por meio do AIVD, avaliamos o desempenho da pessoa idosa quanto às atividades cujo enfoque é instrumental com a finalidade de verificar a sua independência funcional. A referida avaliação em suas perguntas permitiu algumas adaptações conforme o sexo. A título de exemplo, determinadas perguntas podem ser substituídas por subir escadas ou cuidar o jardim etc. Como resultado das 50 pessoas idosas participantes de pesquisa, com relação à Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD) foi encontrado o disposto no Gráfico 1:

Gráfico 1 – Indicador de Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD) das pessoas idosas atendidas pela Equipe Nova Esperança I/Industrial Pedacinho de Chão



Fonte: Penha (2018).

Constatamos que, entre as 50 pessoas idosas em relação aos nove itens verificados por meio do AIVD, 62% “desenvolvem as atividades sem ajuda”, 11% “precisam de ajuda parcial”, 18% “precisam de ajuda total”. No item “O(a) Sr(a) consegue tomar seus remédios na dose e horários corretos”, 9% das pessoas idosas, responderam que não tomam remédios.

A avaliação da pessoa idosa referente a Atividades da Vida Diária (AVD) permite verificar o tipo de classificação de dependente e independente, com base na assistência, que tem o significado de supervisão, orientação ou auxílio pessoal para desenvolver as atividades de banho², vestir³ banheiro⁴, transferência⁵, continência⁶ e alimentação⁷.

² **Banho:** avaliação da atividade de banhar-se é realizada em relação ao uso do chuveiro, da banheira e ao ato de esfregar-se em qualquer uma dessas situações. Caso recebam algum auxílio para banhar uma parte específica do corpo como, por exemplo, a região dorsal ou uma das extremidades, também são considerados independentes.

³ **Vestir:** na avaliação da função de vestir-se considera-se a ação de pegar as roupas (roupas íntimas, roupas externas, fechos e cintos) no armário, assim como o ato de vestir propriamente dito. Exclui-se calçar sapatos nessa avaliação. A dependência é designada a pessoa que recebe alguma assistência pessoal ou que permanecem parcial ou totalmente desvestidos.

A AVD se ancora na avaliação da independência nas atividades diárias da pessoa idosa com base na seguinte escala:

- A: Independente para todas as atividades.
- B: Independente para todas as atividades menos uma.
- C: Independente para todas as atividades menos banho e mais uma adicional.
- D: Independente para todas as atividades menos banho, vestir-se e mais uma adicional.
- E: Independente para todas as atividades menos banho, vestir-se, ir ao banheiro e mais uma adicional.
- F: Independente para todas as atividades menos banho, vestir-se, ir ao banheiro, transferência e mais uma adicional.
- G: Dependente para todas as atividades.
- OUTRO: Dependente em pelo menos duas funções, mas que não se classificasse em C, D, E e F. (KATZ *et al.*, 1963, p. 185).

Os resultados encontrados entre as 50 pessoas idosas, com relação à Atividades da Vida Diária (AVD) estão dispostos no gráfico 2:

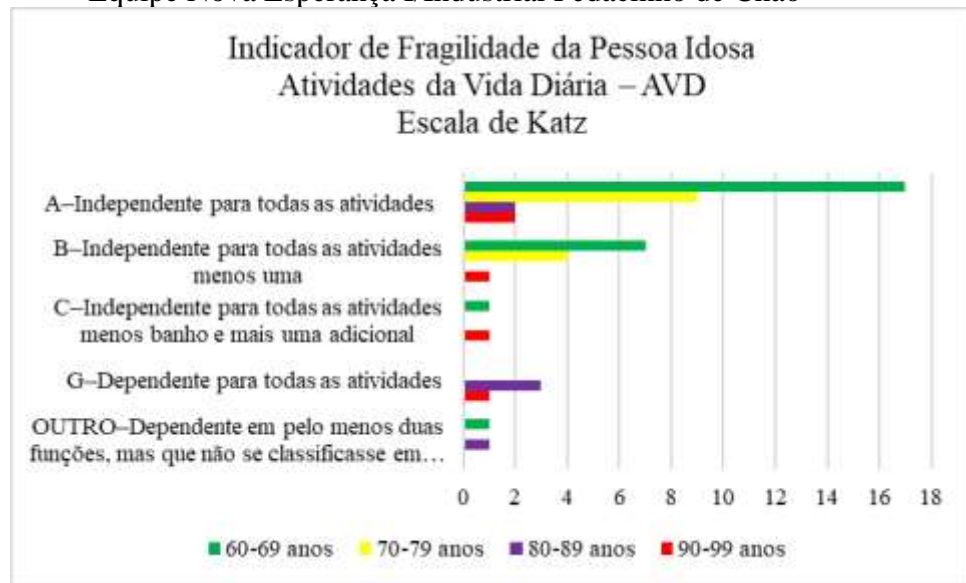
⁴ **Banheiro:** a função ir ao banheiro é entendida como o ato de ir ao banheiro par excreções, higienizar-se e arrumar as próprias roupas. As pessoas idosas consideradas independentes podem ou não utilizar algum equipamento ou ajuda mecânica para desempenhar a função sem que isso altere sua classificação. Dependentes são aquelas pessoas idosas que recebem qualquer auxílio direto ou que não desempenham a função. Aquelas que utilizam ‘papagaios’ ou ‘comadres’ também são consideradas dependentes.

⁵ **Transferência:** a função transferência (deitar-se e levantar-se da cama ou cadeira com ou sem auxílio, não sair da cama) é avaliada pelo movimento desempenhado pela pessoa idosa para sair da cama e sentar-se em uma cadeira e vice-versa. Como na função anterior, o uso de equipamentos ou suporte mecânico não altera a classificação de independência para a função. Dependentes são as pessoas que recebem qualquer auxílio em qualquer das transferências ou que não executam uma ou mais transferências.

⁶ **Continência:** se refere à ação inteiramente autocontrolado de urinar ou defecar (tem controle, acidentes ocasionais, supervisão para controlar urina e fezes, utiliza cateterismo ou é incontinente). A dependência se constitui da presença de incontinência total ou parcial em qualquer das funções. Qualquer tipo de controle externo como enemas, cateterização ou uso de regular de fraldas classifica a pessoa como dependente.

⁷ **Alimentação:** a função alimentação se relaciona à ação de dirigir a comida do prato (ou similar) à boca. A ação de cortar os alimentos ou prepará-los está excluído da avaliação. Dependentes são as pessoas que recebem qualquer assistência pessoal. Aqueles que não se alimentam sem ajuda ou que utilizam sondas para se alimentarem são considerados dependentes (KATZ *et al.*, 1963).

Gráfico 2 – Indicador de Atividades da Vida Diária (AVD) das pessoas idosas atendidas pela Equipe Nova Esperança I/Industrial Pedacinho de Chão



Fonte: Penha (2018).

Constatamos, quanto à escala diária de Katz, que, das 50 pessoas idosas participantes da pesquisa, 30 (60%) se encontram no tipo de classificação A, “independente para todas as atividades”, doze (24%) na B, “independente para todas as atividades menos uma”, duas (4%) na C, “independente para todas as atividades menos banho e mais uma adicional”, quatro (8%) na G, “dependente para todas as atividades”, e duas (4%) na OUTRO, “dependente em, pelo menos, duas funções, mas que não se classificasse em C, D, E ou F”, ou seja, na caracterização das 50 pessoas idosas participantes da pesquisa, atendidas pela Equipe Nova Esperança I/Industrial, predominam as pessoas idosas que desenvolvem suas atividades sem ajuda (AIVD) e com independência para o desenvolvimentos de todas as atividades conforme escala de Katz.

Com relação à meta de avaliar a rede social de 100% das pessoas idosas, coube às ACS levantarem informações como nome, se tem parentesco, qual o parentesco, rotina do cuidador, contato telefônico, assim como sobre as doenças que acometem o cuidador, quando das visitas domiciliares.

b) Eixo – Organização e Gestão do Serviço: Junto com os médicos residentes em MFC e ACS realizamos visitas domiciliares a todas as pessoas idosas fragilizadas na velhice cadastradas.

A partir de então, estratificamos, com base nos dados do AIVD e AVD, as pessoas idosas conforme suas fragilidades. Com essas informações passamos a priorizar as consultas,

as visitas domiciliares e verticalizamos as orientações quanto ao cuidado de cada pessoa idosa de acordo com as especificidades das fragilidades.

c) Eixo – Engajamento Público: As ações desenvolvidas no território de responsabilidade da equipe Nova Esperança I/Industrial foram de cunho educativo e ocorreram por meio de reuniões em grupo nas microáreas. Tais ações foram desenvolvidas pelos médicos residentes em MFC e ACS, tinham como principal objetivo conscientizar as pessoas idosas e comunidade sobre os benefícios obtidos pelo tratamento adequado, assim como adotar procedimentos que conduzam a uma vida mais saudável. As ACS, além colaborarem quando das reuniões, também auxiliaram com esta atividade, levando orientações à comunidade quando de suas visitas domiciliares;

d) Eixo – Qualificação da Prática Clínica: Essa ação foi fortalecida com a realização da intervenção pedagógica, até então cada membro da Equipe atuava de acordo com conhecimentos prévios sem um alinhamento enquanto equipe. Tal alinhamento foi realizado para os ACS e para os médicos residentes no AIVD e AVD.

5.3) Meta: Atualizar e avaliar 100% da rede social das pessoas idosas acompanhadas pela Equipe Nova Esperança I/Industrial da UBS Pedacinho de Chão, no município de Porto Velho-RO.

Indicador: Proporção de pessoas idosas acompanhadas pela Equipe Nova Esperança I/Industrial da UBS Pedacinho de Chão, no município de Porto Velho-RO.

Resultado: 100%, isto é, 9 cuidadores orientados pela Equipe.

a) Eixo – Monitoramento e Avaliação: A ação de avaliação da rede social (cuidadores) das pessoas idosas obteve seus registros a partir das visitas domiciliares das ACS, que nas residências identificaram a rede social das pessoas idosas, caracterizando o perfil desses cuidadores, de maneira que ficou garantido se pertenciam a família das pessoas idosas ou não;

b) Eixo – Organização e Gestão do Serviço: A Equipe orientou os cuidadores das pessoas idosas sobre como acessar o atendimento prioritário na UBS nas reuniões de grupo, assim como os informou sobre os diferentes espaços de interação com os usuários na própria Unidade de Saúde e nas visitas domiciliares;

c) Eixo – Engajamento Público: Nas reuniões de grupo a Equipe Nova Esperança I/Industrial, a partir da intervenção pedagógica, passaram a esclarecer de forma mais detalhada os procedimentos no cuidado da pessoa idosa e sensibilizar sobre a importância do papel do cuidador em todos os momentos da vida cotidiana das referidas pessoas;

d) Eixo – Qualificação da Prática Clínica: Durante as reuniões de grupo, passamos a assegurar palestras e atividades que proporcionassem a intensificação das discussões sobre o papel do cuidador no que se refere à alimentação, higiene, remédios, entre outros, pois conforme o Guia Prático do Cuidador, o cuidado significa “[...] atenção, precaução, cautela, dedicação, carinho, encargo e responsabilidade. Cuidar é servir, é oferecer ao outro, em forma de serviço, o resultado de seus talentos, preparo e escolhas; é praticar o cuidado.” (BRASIL, 2008, p. 7).

6.1) Meta: Realizar orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis a 100% das pessoas idosas acompanhadas pela Equipe Nova Esperança I/Industrial da UBS Pedacinho de Chão, no município de Porto Velho-RO.

Indicador: Proporção de pessoas idosas acompanhadas pela Equipe Nova Esperança I/Industrial da UBS Pedacinho de Chão, no município de Porto Velho-RO.

Resultado: 75,4%, ou seja, 80 pessoas idosas das 106 acompanhadas pela equipe.

a) Eixo – Monitoramento e Avaliação: Durante a realização de reuniões de grupos nas microáreas, antecedendo as atividades físicas, na UBS, nas visitas domiciliares com as pessoas idosas, a Equipe de saúde orientou as pessoas idosas sobre hábitos alimentares saudáveis com a finalidade de assegurar maior aprendizagem. Também distribuímos folders com indicações sobre alimentação saudável;

b) Eixo – Organização e Gestão do Serviço: A partir da revisão das informações coletadas nos prontuários clínicos de cada pessoa idosa, o médico residente em MFC passou a realizar uma orientação nutricional com a busca de hábitos alimentares saudáveis para as pessoas idosas, especialmente para aquelas que apresentavam obesidade ou desnutrição;

c) Eixo – Engajamento Público: Orientamos as pessoas idosas, cuidadores e comunidade sobre os benefícios da adoção de hábitos alimentares saudáveis. Tais orientações perpassaram por grupos alimentares, horários adequados, além de outras informações desenvolvidas por meio de palestras educativas pela Equipe Nova Esperança I/Industrial;

d) Eixo – Qualificação da Prática Clínica: Consideramos a situação de saúde de cada pessoa idosa, revisamos os dados garantidos nos prontuários clínicos, nas fichas espelho, bem como nos registros de atividades de grupo e visitas domiciliares realizadas e procedemos as capacitações da Equipe sobre a promoção de hábitos alimentares saudáveis considerando a literatura sobre o assunto.

6.2) Meta: Orientar, sobre prática regular de atividade física, 100% das pessoas idosas acompanhadas pela Equipe Nova Esperança I/Industrial da UBS Pedacinho de Chão, no município de Porto Velho-RO.

Indicador: Proporção de pessoas idosas acompanhadas pela Equipe Nova Esperança I/Industrial da UBS Pedacinho de Chão, no município de Porto Velho-RO.

Resultado: 75,4%, isto é, 80 pessoas idosas das 106 acompanhadas pela Equipe.

a) Eixo – Monitoramento e Avaliação: Duas vezes por semana, num clube da comunidade, uma das ACS, responsável por esta ação, afere a pressão arterial, glicemia capilar das pessoas idosas e após as pessoas idosas e a ACS saem para caminhada com duração de 40 minutos. Uma vez por semana, um médico residente em MFC realiza orientações educativas sobre promoção de saúde, como realizar atividades físicas apropriadas para a idade, alimentação saudável, evitar consumo de cigarros e bebidas alcoólicas, como evitar quedas, fatores que aumentam o risco de depressão na velhice, saúde dos olhos, higiene e distúrbios do sono, razões de perda de memória, quando buscar um médico diante sinais indicativos de dano cerebrovascular, entre outros. E, quando necessário, troca receita, solicita exames e analisa os exames das pessoas idosas participantes da caminhada;

b) Eixo – Organização e Gestão do Serviço: A partir do início desta ação (caminhada) os médicos da Equipe Nova Esperança I/Industrial acrescentaram em suas consultas, e as ACS nas visitas domiciliares, a informação sobre o grupo de caminhada semanal, assim como nas reuniões coletivas de grupo;

c) Eixo – Engajamento Público: Orientamos as pessoas idosas, cuidadores e a comunidade para a realização de atividade física regular. Coube esta ação a todos os membros da Equipe Nova Esperança I/Industrial, por meio de rodas de conversas, palestras, visitas domiciliares educativas, capacitações e orientações que estes haviam recebido;

d) Eixo – Qualificação da Prática Clínica: Iniciamos a ação de atividade física com base nos conhecimentos que cada profissional da Equipe possuía. A partir do desenvolvimento da caminhada, os médicos residentes em MFC e as ACS passaram a buscar novos saberes que foram sendo demandados em razão das especificidades das pessoas idosas.

6.3) Meta: Orientar sobre higiene bucal 100% das pessoas idosas acompanhadas pela Equipe Nova Esperança I/Industrial da UBS Pedacinho de Chão, no município de Porto Velho-RO.

Indicador: Proporção de pessoas idosas acompanhadas pela Equipe Nova Esperança I/Industrial da UBS Pedacinho de Chão, no município de Porto Velho-RO.

Resultado: 75,4%, ou seja, 80 pessoas idosas das 106 acompanhadas pela Equipe.

a) Eixo – Monitoramento e Avaliação: A orientação individual às pessoas idosas e seus familiares sobre a importância da higiene bucal e de próteses dentárias foi realizada por todo e qualquer profissional da Equipe de saúde, por meio de rodas de conversas, VD e atendimento na UBS – tudo devidamente registrado nos instrumentos da UBS. Em tal orientação, foram enfatizadas informações sobre os riscos das diversas doenças que podem se originar devido a uma higiene bucal inadequada;

b) Eixo – Organização e Gestão do Serviço: As ações desenvolvidas pela Equipe compreendem avaliações feitas nas consultas, visitas domiciliares e no acolhimento das pessoas idosas que procuraram a UBS para avaliação odontológica, oferecendo atendimento prioritário. Para acompanhamento da saúde bucal, foi realizado o exame da cavidade oral pelo médico definindo por ordem de prioridade as pessoas idosas com maior risco com a finalidade de encaminhar para o cirurgião dentista da unidade de referência. Como referido anteriormente, a odontóloga da equipe não aderiu à intervenção;

c) Eixo – Engajamento Público: Esta ação foi desenvolvida por meio de palestras educativas em que foi possível garantir que as pessoas idosas, familiares e a comunidade recebessem as orientações necessárias sobre higiene bucal, bem como a maneira correta de escovar os dentes e próteses para evitar doenças. Os médicos residentes em MFC e ACS, foram os responsáveis por essa ação;

d) Eixo – Qualificação da Prática Clínica: A odontóloga da Equipe Nova Esperança I/Industrial fez orientações durante as reuniões de planejamento mensal, assim como capacitações aos profissionais da equipe, sobre a saúde bucal da pessoa idosa no que se refere à escovação dos dentes, limpeza da gengiva, do céu da boca e da língua, bem como sobre os procedimentos a serem adotados por quem utilizava prótese (dentadura), ou não tinha dentes e nem usava esse tipo de prótese.

Em síntese os dados quantitativos entre as principais ações para alcançar as metas, no âmbito do eixo de *monitoramento e avaliação*, foram realizados, semanalmente, o preenchimento das fichas, dos prontuários, das planilhas, dos formulários, da caderneta da pessoa idosa na UBS, das visitas domiciliares e das reuniões nas microáreas que, posteriormente, foram lançadas no e-SUS. Lima *et al.* (2017) afirma que as ações desenvolvidas, neste caso, pertinente à atenção à saúde da pessoa idosa, deve ser registrada e

de preferência no sistema de informações, e que tal procedimento precisa ser aberto no acolhimento das pessoas e seguido até o término da vida de cada paciente.

As ações pertinentes ao eixo *gestão e organização do serviço* foram efetivadas em diversas frentes, desde o acolhimento pelas ACS, passando pela avaliação das demandas de cada pessoa idosa e/ou seu acompanhante até a comunicação de informações sobre o programa destinado a pessoas idosas, agendamento de consultas, testes rápidos, exames complementares, sejam estes desenvolvidos na própria UBS ou por meio das VD e demais ações. No que tange a esse conjunto de ações, Abrahão e Lagrange (2007) afirmam que a eSF oportuniza a assistência às pessoas idosas quanto aos cuidados consecutivos, mas, especialmente, constitui-se em um instrumento de diagnóstico nas localidades e de programação das ações levando em considerando as realidades regionais.

No que se refere ao eixo *engajamento público*, as ações desenvolvidas pautaram-se em variados meios, seja dentro da UBS, nas reuniões por microáreas, nas visitas domiciliares, nas palestras educativas, em cartazes, panfletos, folders sobre as ações para a saúde da pessoa idosa, entre outras. De acordo com Romanholi e Cyrino (2012), Tesser, Poli Neto e Campos (2010), Albuquerque e Bosi (2009) e Sakata *et al.* (2007), a aproximação das pessoas e a humanização das ações, promovem maior responsabilidade dos profissionais da equipe com as necessidades de atenção à saúde das pessoas idosas.

O eixo *qualificação da prática clínica*, se constituiu principalmente de ações de Educação Permanente em Saúde relacionada a cuidados demandados pelas pessoas, famílias e comunidade, mas particularmente as pessoas idosas. A formação realizada por meio de intervenção pedagógica primou pelo diálogo e pela escuta, em que o aprender e o ensinar foi desenvolvido por meio da construção do conhecimento por parte dos profissionais da saúde (FREIRE, 1996).

Esse processo possibilitou o início de modificação nos procedimentos de trabalho para atingir as metas propostas a partir da intervenção pedagógica, materializadas nas visitas domiciliares com maior assiduidade, mais qualidade nas conversas sobre os pontos de mais relevância à atenção à saúde da pessoa idosa. Também se consolidou na adoção da carteira de saúde para todas as pessoas idosas, assim como do instrumento AIVD e AVD nas consultas médicas e tornou-se componentes de indagações nas referidas consultas as especificidades pertinentes à saúde da população idosa. Além disso, houve a ampliação da comunicação entre as ACS e os médicos residentes em MFC, considerando mais cuidadosa a observação do território de abrangência da eSF. Tais encaminhamentos possibilitaram sonhar, ter esperança

na construção de um sistema de saúde que os aspectos humanos, solidários, eficientes promovam um mundo mais justo (PRADO, 2015).

Tais procedimentos permitiram à equipe Nova Esperança I/Industrial apropriar-se de informações e proceder à interpretação com base nos indicadores dos serviços realizados, possibilitando tomadas de decisões que pudessem reencaminhar o desenvolvimento do atendimento à atenção à saúde das pessoas idosas. Atendimento esse que, a partir da tomada de consciência dos indicadores e do estabelecimento das metas propostas na planilha OMIA (UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS, 2011), permitiram atingir percentuais de serviços a respeito da saúde da pessoa idosa que, até então, não eram observados.

Sendo assim, é possível afirmar que a rotina foi parcialmente incorporada, devido haver algumas demandas que extrapolam a exequibilidade dos profissionais de saúde da UBS Pedacinho de Chão. Podemos afirmar ainda que, se faz necessário manter a vivência da EPS nos processos de atenção à saúde da pessoa idosa.

5 CONCLUSÃO

Compreender a Educação Permanente em Saúde como uma proposta de atuação estratégica capaz de cooperar para a mudança dos processos de formação, das práticas de cunho pedagógico se constitui um avanço na atenção à saúde da pessoa idosa.

Avanço esse que se estabeleceu por meio da intervenção pedagógica junto às ACS e aos médicos residentes em MFC participantes dessa pesquisa, pois por meio da EPS foi possível considerar as necessidades do local em que estes profissionais convivem e atuam, instituir um ambiente favorável à construção partilhada do conhecimento, em que o ato de escutar se apresentou tão expressivo quanto o falar sobre o atendimento a atenção à saúde da pessoa idosa.

Assim, a aprendizagem ganhou significado a partir da promoção de reflexões e discussões que possibilitaram o início da modificação dos procedimentos de atenção à saúde da pessoa idosa junto à equipe Nova Esperança I/Industrial da UBS Pedacinho de Chão, em Porto Velho-RO.

As rodas de conversa e as exposições dialogadas, enquanto procedimentos na intervenção pedagógica foram proveitosas, pois proporcionaram espaço para os participantes da pesquisa discutirem em relação aos principais problemas, trocaram experiências, ampliaram seus conhecimentos a respeito dos procedimentos de rotina de acompanhamento da atenção à saúde da pessoa idosa na UBS, no consultório e na VD e também sobre a possível garantia do cuidado integral à pessoa idosa por meio das ações preventivas, curativas e de reabilitação.

Entre os resultados da pesquisa a partir da intervenção pedagógica junto as ACS e médicos residentes em MFC obtivemos: a ampliação e/ou a apropriação de ferramentas específicas no cuidado à saúde da população idosa, como a utilização da carteira de saúde da pessoa idosa, o uso das ferramentas AIVD e AVD, demonstrando a melhoria da prática clínica e a ampliação da visão sobre a saúde da pessoa idosa. Também resultou no fortalecimento das ações de planejamento, reorganização dos processos, das abordagens, aprimoramento das orientações, avaliação e condutas focadas nas prioridades apresentadas pelas pessoas idosas com relação à atenção à saúde da população idosa.

Resultou ainda, no fortalecimento do vínculo entre os profissionais da saúde da Equipe. Tal vínculo foi fortalecido a partir dos encontros específicos entre as ACS, entre os médicos residentes em MFC, mas, também, por meio de reuniões em que todos os

profissionais da Equipe Nova Esperança I/Industrial estavam presentes devido à própria maneira de condução do trabalho da equipe.

Ainda como resultados obtivemos a constatação que a rotina de atendimento apresenta obstáculos devido à falta de condições infraestruturais, de pessoal, de material, equipamentos e de Educação Permanente em Saúde.

Como limitação da pesquisa de intervenção pedagógica, as ACS e os médicos residentes em MFC relataram o reduzido tempo para sua implementação, o que não permitiu o estudo a respeito de certas doenças que acometem as pessoas idosas, assim como não foi possível aprofundar os conhecimentos a respeito de aspectos correlacionados a familiares e cuidadores, bem como resistência à implementação das novas práticas por parte de alguns profissionais de saúde, pessoas idosas e/ou seus cuidadores.

Outras limitações registradas pelos participantes da pesquisa que extrapolaram da intervenção pedagógica foram: a carência de incentivos da gestão municipal, um quantitativo relevante de pessoas idosas comparecerem sozinhas as consultas, mesmo precisando do acompanhamento de um membro familiar ou cuidador e conhecimento parcial de alguns profissionais da saúde sobre a atenção à saúde da pessoa idosa.

Além desses resultados/contribuições para as ACS e médicos residentes em MFC, o estudo também produziu achados relativos à tomada de consciência dos membros da Equipe acerca da importância dos indicadores de saúde da atenção à pessoa idosa, visto que, após a intervenção pedagógica, as ações passaram a ser melhor pensadas, discutidas e planejadas, o que permitiu atingir os objetivos estabelecidos em relação à “cobertura, qualidade da prática clínica, adesão, registro, avaliação de risco e promoção à saúde” (UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS, 2011).

Assim, foi possível alcançar as 15 metas estabelecidas, mesmo dado o curto período de implementação, atingindo índices significativos:

- ✓ Cadastramos 100% dos idosos acompanhados pela Equipe no e-SUS.
- ✓ Realizamos exames clínicos apropriado em dia de 100% das pessoas idosas acompanhadas pela Equipe.
- ✓ Rastreamos, para Hipertensão Arterial Sistêmica e para Diabetes Mellitus, 100% das pessoas idosas acompanhadas pela Equipe.
- ✓ Solicitamos exames complementares periódicos em dia a 100% das pessoas idosas acompanhadas pela Equipe.
- ✓ Prescrevemos, de forma prioritária, 100% de medicamentos da Farmácia Popular para as pessoas idosas acompanhadas pela Equipe, em questão.

- ✓ Cadastramos 100% das pessoas idosas acamadas, ou com problemas de locomoção, acompanhadas pela Equipe.
- ✓ Realizamos visitas domiciliares a 100% das pessoas idosas acamadas, ou com problemas de locomoção, acompanhadas pela Equipe.
- ✓ Buscamos 30% das pessoas idosas faltosas às consultas programadas.
- ✓ Registramos 100% das pessoas idosas na ficha de acompanhamento da população idosa da Equipe.
- ✓ Entregamos a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a 100% dos idosos acompanhados pela Equipe.
- ✓ Avaliamos a fragilização na velhice em 47,1% das pessoas idosas acompanhadas pela Equipe.
- ✓ Atualizamos e avaliamos a rede social de 100% das pessoas idosas acompanhadas pela Equipe.
- ✓ Realizamos orientação sobre hábitos alimentares saudáveis e prática regular de atividade física a 75,4% das pessoas idosas acompanhadas pela Equipe.
- ✓ Orientamos, sobre prática regular de atividade física, 75,4% das pessoas idosas acompanhadas pela Equipe.
- ✓ Orientamos, sobre higiene bucal, 100% das pessoas idosas acompanhadas pela Equipe.

As ações empreendidas para alcançar as metas foram sistematizadas por meio dos eixos “monitoramento e avaliação, gestão e organização do serviço, engajamento público e qualificação da prática clínica” (UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS, 2011).

Entre as principais ações para atingir as metas, no âmbito do eixo de *monitoramento e avaliação*, foram realizados, semanalmente, o preenchimento das fichas, dos prontuários, das planilhas, dos formulários, do sistema e-SUS, da caderneta da pessoa idosa na UBS, das visitas domiciliares e das reuniões nas microáreas.

O eixo *gestão e organização do serviço* foram efetivados em diversas frentes, desde o acolhimento pelas ACS, passando pela avaliação das demandas de cada pessoa idosa e/ou seu acompanhante, até a comunicação de informações sobre o programa de idosos, agendamento de consultas, testes rápidos e exames complementares.

Já o eixo *engajamento público* foi desenvolvido pelos médicos residentes em MFC e ACS utilizando variados meios, seja dentro da UBS, nas reuniões por microáreas, nas visitas domiciliares, nas palestras educativas, em cartazes, panfletos, folders sobre as ações para a saúde da pessoa idosa, entre outras.

O eixo *qualificação da prática clínica* se constituiu, principalmente, das atividades de Educação Permanente em Saúde constitutivas da intervenção pedagógica, com as ACS e com os médicos residentes em MFC, sobre a atenção à saúde da pessoa idosa, por meio do diálogo, da troca de conhecimentos, possibilitando a ampliação da visão dos participantes da pesquisa.

Contudo, registramos que as atividades implementadas na EPS com vistas ao estabelecimento de uma rotina de atenção à saúde da pessoa idosa, que resultou em metas pactuadas e atingidas, extrapolaram o período da intervenção pedagógica. Entretanto, aqueles processos que estão sujeitos, particularmente, as ACS e aos médicos residentes em MFC passaram a ser incorporados gradativamente.

Assim, com a produção desta dissertação, pretende-se, além dos resultados benéficos a partir da intervenção pedagógica implementada na UBS Pedacinho de Chão, corroborar com investigações que versam sobre a Educação Permanente em Saúde dos profissionais que atuam nas Equipes de Estratégia de Saúde da Família, sobretudo, no que se refere à saúde das pessoas idosas, inspirando discussões acerca da temática e com ênfase nessa população, especialmente, com vistas a uma educação em/na saúde centrada no contexto amazônico.

REFERÊNCIAS

- ABRAHÃO, A. L.; LAGRANGE, V. A visita domiciliar como uma Estratégia da Assistência no Domicílio. *In: MOROSINI, M. V. G. C.; CORBO, A. D. A. (org.). Modelos de atenção e a saúde da família*. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.
- ALBUQUERQUE, A. B. B. de.; BOSI, M. L. M. Visita domiciliar no âmbito da Estratégia Saúde da Família: percepções de usuários no Município de Fortaleza, Ceará, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 5, p. 1103-1112, maio 2009.
- ANDRADE, L. M. B. de. *et al.* Análise da implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família no interior de Santa Catarina. **Saúde Transform. Soc.**, Florianópolis, v. 3, n. 1, jan. 2012.
- ARAÚJO, M. Z. *et al.* **Presbiacusia**: envelhecimento da audição suas causas e consequências através do levantamento da literatura. 2015. Disponível em: http://www.editorarealize.com.br/revistas/cieh/trabalhos/TRABALHO_EV040_MD4_SA2_I D3179_27082015183831.pdf. Acesso em: 24 ago. 2019.
- AUSUBEL, D. P. **Educational psychology**: a cognitive view. New York: Holt, Rinehart and Winston, 1968.
- BEE, H. **O ciclo vital**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.
- BESEN, C. B. *et al.* A Estratégia Saúde da Família como objeto de educação em saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 16, n. 1, p. 57-68, 2007.
- BOGDAN, R. E.; BIKLEN, S. **Investigação Qualitativa em Educação**: Uma Introdução à Teoria e aos Métodos. Porto: Porto, 2013.
- BORDIN, D. *et al.* Fatores associados à internação hospitalar de idosos: estudo de base nacional. **Revista brasileira de geriatria e gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, jul./ago. 2018.
- BORGES, R.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L. A visita médica domiciliar como espaço para interação e comunicação em Florianópolis, SC. **Interface**: comunicação, saúde e educação. v. 15, n. 37, p. 461-72, abr./jun. 2011.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.pdf. Acesso em: 17 jun. 2018.
- BRASIL. **Lei nº 10.741 de 1º de outubro de 2003**. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/110.741.htm. Acesso em: 10 maio 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias**. Brasília: MS; 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A educação permanente entra na roda**: polos de educação permanente em saúde – conceitos e caminhos a percorrer. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa/caderno19**. 2007. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abca19.pdf>. Acesso em: 06 jun. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 198/GM/MS, de 13 de fevereiro de 2004**. 2004. Institui a política nacional de educação permanente em saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e desenvolvimento dos trabalhadores para o setor e dá outras providências. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizesConsolidacao/comum/13150.html>. Acesso em: 16 jan. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **O trabalho do agente comunitário de saúde**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_acs.pdf. Acesso em: 10 maio 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Memórias da saúde da família no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/memorias_saude_familia_brasil.pdf. Acesso em: 26 abr. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a. 64 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 9). Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33856/396770/Pol%C3%ADtica+Nacional+de+Educa%C3%A7%C3%A3o+Permanente+em+Sa%C3%BAde/c92db117-e170-45e7-9984-8a7cdb111faa>. Acesso em: 23 jul. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Glossário temático**: gestão do trabalho e da educação na saúde. Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009c. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/glossario_sgtes.pdf. Acesso em: 10 maio 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde-PNAB. **Portaria n. 2.436 de 21 de setembro de 2017**. 2017a. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, 2017. Disponível em https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Portaria_no__2_436_de_21_de_setembro_de_2017/295. Acesso em: 17 jun. 2018.

BRASIL. Presidência da República. **Decreto n. 7508**, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm. Acesso em: 26 abr. 2019.

BROCARDI, D. *et al.* Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf): panorama nacional a partir de dados do PMAQ. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 42 n. especial. set. 2018.

CAMPOS, G. W. de S. **Tratado de Saúde Coletiva**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2012.

CAMPOS, K. F. C.; SENA, R. R. de; SILVA, K. L. Permanent professional education in healthcare services. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, 2017.

CARDOSO, I. M. “Rodas de Educação Permanente” na Atenção Básica de Saúde: analisando contribuições. **Revista Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 21, supl. 1, p.18-28, 2012.

CARVALHO, M. N. de *et al.* Necessidade e dinâmica da força de trabalho na Atenção Básica de Saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 1, p. 295-302, 2018.

CASTRO, R. F. de. **A expressão escrita de acadêmicas de um curso de pedagogia a distância: uma intervenção Histórico-Cultural**. 2014. 238f. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Educação. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2014.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. **Cienc. Saúde Colet.**, v. 10, n. 4, p. 975-86, 2005.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41- 65, 2004.

CECCIM, R. B.; MERHY, E. E. Um agir micropolítico e pedagógico intenso: a humanização entre laços e perspectivas. **Interface: comunic. Saúde, Educ., Botucatu**, v. 13, supl.1, p. 531-42, 2009.

CECCIM, R. B.; FERLA, A. A. Educação permanente em saúde. *In: Dicionário da educação profissional em saúde*. Manginhos, RJ: Fundação Oswaldo Cruz, 2009. p. 1-7. Disponível em: [HTTP//WWW.epsjv.fiocruz/dicionario](http://www.epsjv.fiocruz/dicionario). Acesso em: 25 ago. 2019.

COELHO, L. P.; MOTTA, L. B. da; CALDAS, C. P. Rede de atenção ao idoso: fatores facilitadores e barreiras para implementação. **Physis [online]**, v. 28, n.4, 2018.

DAMIANI, M. F. *et al.* Discutindo pesquisas do tipo intervenção pedagógica. **Cadernos de Educação**. Pelotas, mai/ago, 2013.

DUNCAN, B. B.; SCHIMIDT, M. I.; GUIGLIANI, E. R. J. **Medicina ambulatorial: condutas em Atenção Primária à Saúde Baseadas em Evidências**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

ERDMANN, A. L. *et al.* A atenção secundária em saúde: melhores práticas na rede de serviços. 2013. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 21, n. esp., p. 1-8, jan.-fev. 2013.

E-SUS. **Identificação do usuário/cidadão/faixa etária**. 2019. Disponível em: <http://esus.saude.ms.gov.br>. Acesso em: 07 mar. 2019.

FARAH, B. F. Educação em serviço, educação continuada, educação permanente em saúde: sinônimos ou diferentes concepções? **Revista APS**, v. 6, n. 2, p. 123-125, jul./dez. 2003.

FARIAS-ANTÚNEZ, S.; FASSA, A. G. Prevalência e fatores associados à fragilidade em população idosa do Sul do Brasil, 2014. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 28, p. 1-13, 2019.

FEUERWERKER, L. C. M. **Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação**. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

GULLICH, I.; DURO, S. M. S.; CESAR, J. A. Depressão entre idosos: um estudo de base populacional no Sul do Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 19, n. 4, p. 691-701, out.-dez. 2016.

GUSSO, G. D. F.; LOPES, J. M. C. **Tratado de Medicina de Família e Comunidade: princípios, formação e prática**. Porto Alegre: ARTMED, 2012.

HOYER, W. J.; ROODIN, P. A. **Desenvolvimento adulto e envelhecimento**. New York: The McGraw-Hill. 2003.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. CENSO 2010. **População**. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ro/porto-velho/panorama>. Acesso em: 07 jan. 2018.

KARA-JOSÉ, N.; BICAS, H. E.; CARVALHO, R. S. **Cirurgia de catarata: necessidade social**. São Paulo: C&D; 2008.

KATZ, S. *et al.* Studies of illness in the aged. **The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function**. *jama*. 1963.

KNECHTEL, M. do R. **Metodologia da pesquisa em educação: uma abordagem teórico-prática dialogada**. Curitiba: Intersaberes, 2014.

LAWTON, M. P.; BRODY, E. M. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. **The Gerontologist**, v. 9, n. 3, p. 179-186, 1969.

LEMOS, F. M.; SILVA, G. G. A. da. Educação permanente em saúde: o estado da arte. **Revista Interdisciplinar de Promoção da Saúde - RIPS**, Santa Cruz do Sul, v. 1, n. 3, p. 207-213, jul/set. 2018.

LIMA, K. C. *et al.* Health promotion and education: a study of the effectiveness of programs focusing on the aging process. **Int. J. Health Serv.**, v. 47, n. 3, p. 550-570, jul. 2017.

MACEDO, L. M. de.; MARTIN, S. T. F. Interdependência entre os níveis de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS): significado de integralidade apresentado por trabalhadores da Atenção Primária. **Interface [online]**. Botucatu, v. 18, n. 51, p.647-660, 2014.

MACHADO, M. F. A. S. *et al.* Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS - uma revisão conceitual. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 12, n. 2, p. 335-42, 2007.

MASINI, E. F. S.; MOREIRA, M. A. **Aprendizagem Significativa**: condições para ocorrência e lacunas que levam a comprometimentos. 1. ed. São Paulo: Vetor, 2008.

MASSAROLI, A.; SAUPE, R. **Distinção Conceitual**: Educação Permanente e Educação Continuada no processo de trabalho em Saúde. 2005. Disponível em: <http://abennacional.org.br>. Acesso em: 16 ago. 2019.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde**: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MENDES, G. S.; MORAES, C. F.; GOMES, L. **A prevalência de hipertensão arterial sistêmica em idosos no Brasil entre 2006 e 2010**. 2014. Disponível em: <https://www.rbmf.org.br/rbmf/article/view/795>. Acesso em: 24 ago. 2019.

MERHY, E. E; FEUERWERKER, L. C. M. Educação permanente em saúde: educação, saúde, gestão e produção do cuidado. *In*: MANDARINO, A. C. S.; GOMBERG, E. (org.). **Informar e Educar em Saúde**: análises e experiências. Salvador: UFBA: 2014.

MICCAS, F. L.; BATISTA, S. H. S. da S. Educação permanente em saúde: metassíntese. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 48, n. 1, fev. 2014.

MINAYO, M. C. de S. (org.). **Pesquisa Social**: Teoria, método e criatividade. 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

MORAES, R. Análise de conteúdo. **Revista Educação**, Porto Alegre, v. 22, n. 37, p. 7-32, 1999.

MOREIRA, K. F. A. **Paradigmas que racham**: O ensino e a formação do profissional de saúde em discussão. 2015. Disponível em https://www.acervosaude.com.br/doc/editorial_1_2015.pdf. Acesso em: 19 maio 2019.

MOREIRA, M. A. Linguagem e Aprendizagem significativa. Conferência de encerramento do **IV Encontro Internacional sobre Aprendizagem Significativa**. Maragogi, AL, Brasil, 8 a 12 de setembro de 2003.

MOREIRA, M. A. Mapas Conceituais e Aprendizagem significativa. **Revista Chilena de Educação Científica**, v. 4, n. 2, p. 38-44, 2012.

MOTTA, J. I. J.; RIBEIRO, E. C. O. **Educação permanente como estratégia na reorganização dos serviços de saúde**. mar. 2005. Disponível em: www.redeunida.org.br. Acesso em: 31 jul. 2019.

NOGUEIRA, I. S. N.; BALDISSERA, V. D. A. Educação Permanente em Saúde na atenção ao idoso: dificuldades e facilidades do Núcleo de Apoio à Saúde da Família. **Escola Anna Nery**, v. 22, n. 2, p. 1-9, 2018.

NÓVOA, A. **Desafio do trabalho do professor no mundo contemporâneo**. 2007. Disponível em: http://www.sinprosp.org.br/arquivos/novoa/livreto_novoa.pdf. Acesso em: 10 ago. 2019.

OLIVEIRA, M. A. de C.; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 66, p. 158-164, 2013.

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 - Comunic., Saúde, Educ.**, v. 13, n. 30, p. 121-34, jul./set. 2009.

PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. 1 ed., Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

PEREIRA, L. D. *et al.* Educação Permanente em Saúde: uma prática possível. **Revista de enfermagem UFPE on line.**, Recife, v. 12, n. 5, p. 1469-1479, maio. 2018.

PIOLA; S. F.; BARROS, M. E. D. O financiamento dos serviços de saúde no Brasil. In: MARQUES, R. M.; PIOLA, S. F.; ROA, A. C. (org.). **Sistema de saúde no Brasil: organização e financiamento**. Rio de Janeiro: ABrES; Brasília: Ministério da Saúde, Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento; OPAS/OMS no Brasil, 2016, p. 101-138.

PRADO, E. V. do. **Estamos construindo uma catedral: história oral de vida de três trabalhadoras do sistema único de saúde**. 2015. 226f. Dissertação (Mestre em Educação) – Pós-Graduação em Educação, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa (PB), 2015.

QUEIROZ, D. B. *et al.* Perfil de internações de idosos em uma clínica de neurociências de um hospital público. **Revista Enfermagem Contemporânea**. v. 5, n. 1, p. 16-24, jan./jun. 2016.

REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÃO PARA A SAÚDE. **Indicadores Demografia e saúde: contribuição para análise de situação e tendências**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2009. Disponível em: www.ripsa.org.br/lildbi/docsonline/get.php?id=276. Acesso em: 16 jan. 2019.

RIBEIRO, E. C. O; MOTTA J. I. J. **Educação Permanente com estratégia na organização dos serviços de saúde**. Divulgação em saúde para Debate. 1996.

ROMANHOLI, R. M. Z.; CYRINO, E. G. A visita domiciliar na formação de médicos: da concepção ao desafio do fazer. 2012. **Interface: Comunic., Saúde, Educ.**, v. 16, n. 42, p. 693-705, jul./set. 2012.

ROUQUAYROL, M. Z. **Epidemiologia e Saúde**. 4. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2017.

SAKATA, K. N. *et al.* Concepções da equipe de saúde da família sobre as visitas domiciliares. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 60, n. 6, p. 659-664, nov.-dez. 2007.

SALIBA, D. *et al.* The vulnerable elders survey: a tool for identifying vulnerable older people in the community. **J. Am. Geriatr. Soc.**, New York, v. 49, p. 1691-1699, 2001.

SANTOS, A. R.; COUTINHO, M. L. Educação permanente em saúde: construções de enfermeiros da estratégia saúde da família. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 38, n. 3, p. 708-724, jul./set, 2014.

SANTOS, V. C. *et al.* Internação e mortalidade hospitalar de idosos por transtornos mentais e comportamentais no Brasil, 2008-2014. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 26, n. 1, p. 39-49, jan./mar. 2017.

SARRETA, F. O. **Educação permanente em saúde para os trabalhadores do SUS**. São Paulo: UNESP. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2009. Disponível em: http://www.cairu.br/portal/arquivos/biblioteca/EBOOKS/SS/Ed_permanente_em_saude_trab_SUS.pdf. Acesso em: 16 ago. 2019.

SCHENKER, M.; COSTA, D. H. da. Avanços e desafios da atenção à saúde da população idosa com doenças crônicas na Atenção Primária à Saúde. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 4, abr. p. 1369-1380, 2019.

SCHNEIDER, R. H.; IRIGARAY, T. Q. O envelhecimento na atualidade: aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 25, n. 4, p. 585-593, out.-dez. 2008.

SELLTIZ, C. *et al.* **Métodos de pesquisa nas relações sociais**. São Paulo: E.P.U, 2007.

SILVA, K. L.; MATOS, J. A. V.; FRANÇA, B. D. A construção da educação permanente no processo de trabalho em saúde no estado de Minas Gerais, Brasil. **Escola Anna Nery**, v. 21, n. 4, p. 1-8, 2017.

SILVA, L. A.; CASOTTI, C. A.; CHAVES, S. C. L. A produção científica brasileira sobre a Estratégia Saúde da Família e a mudança no modelo de atenção. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 221-232, jan. 2013.

SOBRAL, F. R.; CAMPOS, C. J. G. Utilização de metodologia ativa no ensino e assistência de enfermagem na produção nacional: revisão integrativa. **Revista Escola de Enfermagem USP** São Paulo, v. 46, n. 1, p. 208-218, fev. 2012.

TESSER, C. D.; POLI NETO, P.; CAMPOS, G. W. de S. Acolhimento e (des)medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15 (Supl. 3), p. 3615-3624, 2010.

UNIVERSIDADE ABERTA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. **Atenção integrada da saúde da pessoa idosa**. Módulo I. 2016. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/3615>. Acesso em: 26 ago. 2019.

UNIVERSIDADE ABERTA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. **Atenção integrada da saúde da pessoa idosa**. Modulo II. 2917. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/7953>. Acesso em: 26 ago. 2019.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS. **Atenção à Saúde do Idoso: OMIA**. 2019. Disponível em: <https://dms.ufpel.edu.br/p2k/omia/>. Acesso em: 12 fev. 2019.

VANDERLEI, M. I. G.; ALMEIDA, M. C. P. de. A concepção e prática dos gestores e gerentes da Estratégia Saúde Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 443-453, 2007.

VERAS, R. P.; CALDAS, C. P.; CORDEIRO, H. de A. Modelos de atenção à saúde do idoso: repensando o sentido da prevenção. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro v. 23, n. 4, p. 1189-1213, 2013.

WARSCHAUER, M.; CARVALHO, Y. M. de. O conceito “Intersetorialidade”: contribuições ao debate a partir do Programa Lazer e Saúde da Prefeitura de Santo André/SP. **Saúde Soc.** São Paulo, v. 23, n. 1, p. 191-203, 2014.

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O Sr. (a) está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa “*Saúde do Idoso: uma experiência de intervenção em Porto Velho/RO.*” Este estudo objetiva intervir para desenvolver a formação em serviço de residentes de medicina de família e comunidade e membros da Equipe Nova Esperança I/Industrial para que se apropriem dos procedimentos de intervenção e acompanhamento dos idosos, visando a melhorar do atendimento a essa população.

Para participar deste estudo você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Você será esclarecido (a) sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido pelo pesquisador

A identidade das participantes não será revelada, os dados serão mantidos em sigilo, e poderão desistir de participar da pesquisa a qualquer momento. A participação na pesquisa será de forma voluntária, sem nenhum tipo de remuneração ou gasto. Não há riscos previstos para as participantes deste estudo.

Para esclarecimentos de dúvidas, procurar a Médica Mestranda *Soraia Rohers Penha*, pesquisadora responsável pelo estudo, no telefone (69)9 9922-7142 ou e-mail soraiapenha@hotmail.com

Comitê de Ética da Fundação Universidade Federal de Rondônia: Fones: (69) 2182-2111 ou (69) 98434 4761; e-mail: cepunir@yahoo.com.br

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), declaro que concordo em participar desse estudo, pois fui informado, de forma clara e detalhada, livre de qualquer forma de constrangimento, dos objetivos, da justificativa, dos procedimentos que serei submetido, dos riscos, desconfortos e benefícios, assim como das alternativas às quais poderia ser submetido, todos acima listados.

Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi disponibilizada na oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Data ____ / ____ / ____

Nome e assinatura do participante

Nome e assinatura do responsável pela obtenção deste termo

**APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO 1 – CONHECIMENTOS PRÉ-INTERVENÇÃO
PEDAGÓGICA SOBRE A ATENÇÃO À SAÚDE DA PESSOA IDOSA: AGENTES
COMUNITÁRIOS DE SAÚDE (ACS) / TÉCNICO DE ENFERMAGEM E DENTISTA**



Solicito sua colaboração para responder ao presente questionário. As informações obtidas serão utilizadas na minha dissertação, pois sou mestrande pelo Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família – PROFSAÚDE pela Universidade Federal de Rondônia-Porto Velho.

O objetivo desta pesquisa é desenvolver formação em serviço dos membros da Equipe da Estratégia de Saúde da Família Nova Esperança I/Industrial/Porto Velho-RO e residentes de medicina de família e comunidade visando que estes se apropriem dos procedimentos de intervenção na saúde do idoso na atenção básica, dentro das suas atribuições.

Os dados disponibilizados não serão repassados a terceiros. Caso estes dados sejam utilizados na dissertação, os nomes reais serão mantidos em absoluto anonimato.

Todas as informações serão extremamente importantes para a análise dos resultados, portanto, a sinceridade de suas respostas é essencial.

Antecipadamente, agradecemos o tempo que você investirá o preenchimento deste questionário, o cuidado e a atenção que dispensar à tarefa.

Mestranda: Soraia Rohers Penha

Orientador: Prof. Dr. Rafael Fonseca de Castro

BLOCO 1: CARACTERIZAÇÃO DO (A) AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE/TÉCNICO DE ENFERMAGEM E DENTISTA

01) Nome: _____

02) Sexo: () Masculino () Feminino.

03) Idade: () 20 a 29 anos. () 30 a 39 anos. () 40 a 49 anos. () 50 a 59 anos. () mais de 59 anos.

04) Natural do Estado: _____

05) A quanto tempo trabalha na Estratégia de Saúde da Família: _____

06) Formação Acadêmica

Ensino Médio ()

Graduação () em: _____ ano de conclusão: _____

Especialização () em: _____ ano de conclusão: _____

BLOCO 2: ATENDIMENTO À PESSOA IDOSA

01) Qual o seu procedimento de rotina de acompanhamento à atenção à saúde da pessoa idosa na: UBS? _____

Visita domiciliar? _____

02) Quais seus conhecimentos, entendimentos acerca do Protocolo de Identificação do Idoso Vulnerável (VES-13)?

R. _____

03) Dentro das suas atribuições, na sua prática diária é possível proporcionar um cuidado integral à atenção à saúde da pessoa idosa?

() **Sim** () **Não** () **Em parte**

Justifique: _____

**APÊNDICE C – QUESTIONÁRIO 2 – CONHECIMENTOS PRÉ-INTERVENÇÃO
PEDAGÓGICA SOBRE A ATENÇÃO À SAÚDE DA PESSOA IDOSA: MÉDICO
RESIDENTE EM MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE E ENFERMEIRO**



Solicito sua colaboração para responder ao presente questionário. As informações obtidas serão utilizadas na minha dissertação, pois sou mestranda pelo Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família – PROFSAÚDE pela Universidade Federal de Rondônia-Porto Velho.

O objetivo desta pesquisa é desenvolver formação em serviço dos membros da Equipe da Estratégia de Saúde da Família Nova Esperança I/Industrial/Porto Velho-RO e residentes de medicina de família e comunidade visando que estes se apropriem dos procedimentos de intervenção na saúde do idoso na atenção básica, dentro das suas atribuições.

Os dados disponibilizados não serão repassados a terceiros. Caso estes dados sejam utilizados na dissertação, os nomes reais serão mantidos em absoluto anonimato.

Todas as informações serão extremamente importantes para a análise dos resultados, portanto, a sinceridade de suas respostas é essencial.

Antecipadamente, agradecemos o tempo que você investirá o preenchimento deste questionário, o cuidado e a atenção que dispensar à tarefa.

Mestranda: Soraia Rohers Penha

Orientador: Prof. Dr. Rafael Fonseca de Castro

BLOCO 1: CARACTERIZAÇÃO DO RESIDENTE MFC/ENFERMEIRO

01) Nome: _____

02) Sexo: () Masculino () Feminino.

03) Idade: () 20 a 29 anos. () 30 a 39 anos. () 40 a 49 anos. () 50 a 59 anos. () mais de 59 anos.

04) Natural do Estado: _____

05) A quanto tempo trabalha na Estratégia de Saúde da Família: _____

06) Após a conclusão da residência em MFC, pretende atuar em algum município do Estado de Rondônia?

Sim () Não ()

Por que? _____

BLOCO 2: ATENDIMENTO À PESSOA IDOSA

01) Qual o seu procedimento de rotina de acompanhamento à atenção à saúde da pessoa idosa no:

Consultório? _____

Visita domiciliar? _____

02) Registre abaixo seus conhecimentos sobre as ferramentas de Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa (que têm por objetivo quantificar as capacidades e os problemas de saúde, psicossociais e funcionais do idoso de forma a estabelecer um planejamento terapêutico a longo prazo e o gerenciamento dos recursos necessários).

Atividades da Vida diária (AVD): _____

Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD): _____

Mini-Mental (MEEM): _____

Escala de depressão do idoso: _____

Escala de sobrecarga do cuidador: _____

Rastreamento de maus tratos do idoso: _____

Escala de COELHO e SAVASSI: _____

03) Dentro das suas atribuições, na sua prática diária é possível proporcionar um cuidado integral à atenção à saúde da pessoa idosa?

Sim Não Em parte

Justifique: _____

**APÊNDICE D – QUESTIONÁRIO 3 – CONHECIMENTOS PÓS-INTERVENÇÃO
PEDAGÓGICA SOBRE A ATENÇÃO À SAÚDE DA PESSOA IDOSA: AGENTES
COMUNITÁRIOS DE SAÚDE (ACS) / TÉCNICO DE ENFERMAGEM E DENTISTA**



Solicito sua colaboração para responder ao presente questionário. As informações obtidas serão utilizadas na minha dissertação, pois sou mestranda pelo Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família –PROFSAÚDE pela Universidade Federal de Rondônia-Porto Velho.

O objetivo desta pesquisa é desenvolver formação em serviço dos membros da Equipe da Estratégia de Saúde da Família Nova Esperança I/Industrial/Porto Velho-RO e residentes de medicina de família e comunidade visando que estes se apropriem dos procedimentos de intervenção na saúde do idoso na atenção básica, dentro das suas atribuições.

Os dados disponibilizados não serão repassados a terceiros. Caso estes dados sejam utilizados na dissertação, os nomes reais serão mantidos em absoluto anonimato.

Todas as informações serão extremamente importantes para a análise dos resultados, portanto, a sinceridade de suas respostas é essencial.

Antecipadamente, agradecemos o tempo que você investirá o preenchimento deste questionário, o cuidado e a atenção que dispensar à tarefa.

Mestranda: Soraia Rohers Penha

Orientador: Prof. Dr. Rafael Fonseca de Castro

01) Registre abaixo o que mudou na sua rotina de atendimento à pessoa idosa após a Intervenção Pedagógica sobre a atenção à saúde da pessoa idosa na:

UBS: _____

Visita domiciliar: _____

02) Que mudanças no cuidado integral da pessoa idosa você conseguiu/conseguirá incorporar na sua prática diária em razão do desenvolvimento do Intervenção Pedagógica sobre a atenção à saúde da pessoa idosa?

R.: _____

03) Na sua opinião, no desenvolvimento da Intervenção Pedagógica sobre a atenção à saúde da pessoa idosa, houve pontos fortes e limitações. Quais?

Pontos fortes: _____

Limitações: _____

APÊNDICE E – QUESTIONÁRIO 4 – CONHECIMENTOS PÓS-INTERVENÇÃO PEDAGÓGICA SOBRE A ATENÇÃO À SAÚDE DA PESSOA IDOSA: MÉDICO RESIDENTE EM MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE E ENFERMEIRO



Informar ao Entrevistado:

O objetivo desta pesquisa é desenvolver formação em serviço dos membros da Equipe da Estratégia de Saúde da Família Nova Esperança I/Industrial/Porto Velho-RO e residentes de medicina de família e comunidade visando que estes se apropriem dos procedimentos de intervenção na saúde do idoso na atenção básica, dentro das suas atribuições.

Os dados disponibilizados não serão repassados a terceiros. Caso estes dados sejam utilizados na dissertação, os nomes reais serão mantidos em absoluto anonimato.

Todas as informações serão extremamente importantes para a análise dos resultados, portanto, a sinceridade de suas respostas é essencial.

Antecipadamente, agradecemos o tempo que você investirá o preenchimento deste questionário, o cuidado e a atenção que dispensar à tarefa.

Mestranda: Soraia Rohers Penha

Orientador: Prof. Dr. Rafael Fonseca de Castro

01) Registre abaixo o que mudou na sua rotina de atendimento após a Intervenção Pedagógica sobre a atenção à saúde da pessoa idosa no:

Consultório: _____

Visita domiciliar: _____

02) Que conhecimentos foram possíveis você ampliar sobre as ferramentas de Avaliação Multidimensional da Atenção à Saúde da Pessoa Idosa, em razão do desenvolvimento da Intervenção Pedagógica sobre a atenção à saúde da pessoa idosa?

Atividades da Vida diária (AVD): _____

Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD): _____

Mini-Mental (MEEM): _____

Escala de depressão do idoso: _____

Escala de sobrecarga do cuidador: _____

Rastreamento de maus tratos do idoso: _____

Escala de COELHO e SAVASSI: _____

03) Que mudanças no cuidado integral da pessoa idosa você conseguiu/conseguirá incorporar na sua prática diária em razão do desenvolvimento da Intervenção Pedagógica sobre a atenção à saúde da pessoa idosa?

R. _____

04) Na sua opinião no desenvolvimento da Intervenção Pedagógica sobre a atenção à saúde da pessoa idosa houve pontos fortes e limitações. Quais?

Pontos fortes: _____

Limitações: _____

ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
RONDÔNIA - UNIR



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: SAÚDE DO IDOSO: UMA EXPERIÊNCIA DE INTERVENÇÃO EM PORTO VELHO-

Pesquisador: SORAIA ROHERS PENHA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 80726317.0.0000.5300

Instituição Proponente: Universidade Federal de Rondônia - UNIR

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.515.759

Apresentação do Projeto:

Trata o protocolo de proposta de pesquisa apresentado por SORAIA ROHERS PENHA, mestranda do mestrado profissional em saúde da família, sob orientação de Prof. Dr. Rafael Fonseca de Castro. Esta pesquisa tem por objetivo intervir para desenvolver a formação em serviço de residentes de medicina de família e comunidade e membros da Equipe Nova Esperança I/Industrial para que se apropriem dos procedimentos de intervenção e acompanhamento dos idosos, visando a melhorar do atendimento a essa população.

Serão participantes: residentes de medicina da família, equipe de saúde, idosos e cuidadores de idosos usuários da USF pedacinho de chão.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Intervir para desenvolver a formação em serviço de residentes de medicina de família e comunidade e membros da Equipe Nova Esperança I/Industrial para que se apropriem dos procedimentos de intervenção e acompanhamento dos idosos, visando a melhorar do atendimento a essa população.

Endereço: Avenida Presidente Dutra, 2965 campus José R.

Bairro: Centro

CEP: 78.000-000

UF: RO

Município: PORTO VELHO

Telefone: (69)1182-2111

E-mail: cepunir@yahoo.com.br

continuação do Parecer: 2.515.759

Objetivo Secundário:

Desenvolver formação a residentes de MFC, enfermeiro, dentista, técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde em atenção à saúde do idoso do território da Equipe Nova Esperança I/Industrial, da ESF Pedacinho de Chão; Melhorar a atenção aos idosos acompanhados pela equipe; Avaliar os conhecimentos adquiridos por residentes, enfermeiro, dentista, técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde após a intervenção, por meio do atendimento aos idosos do território da Equipe Nova Esperança I/Industrial, da ESF Pedacinho de Chão; Verificar, junto aos idosos atendidos no território, como receberam/avaliam a nova forma de acompanhamento; Implementar uma nova rotina de direcionamento à saúde do idoso visando melhor assistência e acompanhamento longitudinal na terceira idade dentro da realidade da realidade do município de Porto Velho/RO.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Tendo em vista que toda pesquisa inclui riscos de graus diferenciados, ou seja, no caso desta pesquisa possíveis desconfortos, incômodos e riscos mínimos, em alguma etapa do projeto de intervenção, a pesquisadora estará à disposição para ouvir, esclarecer as dúvidas, dialogar e reiterar a importância da participação nos distintos momentos das etapas da intervenção, garantindo o tratamento sigiloso dos dados da pesquisa e assumindo a responsabilidade para si que se fizer necessária em decorrência de algum risco.

Benefícios:

Contribuirá para o conhecimento dos processos que fundamentam a formação continuada dos Residentes em MFC, membros da Equipe de Saúde da Família Nova Esperança I/Industrial sobre uma rotina de acompanhamento do idoso fundamentada na realidade local focada na melhoria da assistência prestada ao idoso, além de possibilitar de implementação em outras Unidades de Saúde da Família no município de Porto Velho.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisadora atendeu as pendências do parecer anterior (Número do Parecer: 2.444.831)

Endereço: Avenida Presidente Dutra, 2965 campus José R.

Bairro: Centro

CEP: 78.000-000

UF: RO

Município: PORTO VELHO

Telefone: (69)1182-2111

E-mail: cepunir@yahoo.com.br

Continuação do Parecer: 2.515.759

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta folha de rosto preenchida e assinada via NUSAU/UNIR;

Projeto, com cronograma, orçamento e todos os instrumentos citados para coleta de dados.

TCLE que atende a resolução 466/12.

Anuência para realização do estudo devidamente assinada.

Recomendações:

ver item a seguir.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Após análise, considerando a resolução 466/12 e que a pesquisadora atendeu as pendências listadas, o protocolo não apresenta motivos para não aprovação.

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_1036157.pdf	14/01/2018 22:01:48		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE1.pdf	14/01/2018 11:03:25	SORAIA ROHERS PENHA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	14/01/2018 11:03:11	SORAIA ROHERS PENHA	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	14/01/2018 10:59:17	SORAIA ROHERS PENHA	Aceito
Brochura Pesquisa	TermoImagem.pdf	14/01/2018 10:56:45	SORAIA ROHERS PENHA	Aceito
Declaração do Patrocinador	TermoGestor.pdf	14/01/2018 10:52:59	SORAIA ROHERS PENHA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	14/01/2018 10:46:04	SORAIA ROHERS PENHA	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto.pdf	30/11/2017 23:57:27	SORAIA ROHERS PENHA	Aceito
Outros	Vulnerabilidade.pdf	30/11/2017 18:27:06	SORAIA ROHERS PENHA	Aceito
Outros	MEEM.pdf	30/11/2017 18:26:33	SORAIA ROHERS PENHA	Aceito

Endereço: Avenida Presidente Dutra, 2965 campus José R.

Bairro: Centro

CEP: 78.000-000

UF: RO

Município: PORTO VELHO

Telefone: (69)1182-2111

E-mail: cepunir@yahoo.com.br

Continuação do Parecer: 2.515.759

Outros	Maus_tratos.pdf	30/11/2017 18:26:06	SORAIA ROHERS PENHA	Aceito
Outros	ICM.pdf	30/11/2017 18:25:27	SORAIA ROHERS PENHA	Aceito
Outros	Depressao_geriatrica_abreviada.pdf	30/11/2017 18:24:49	SORAIA ROHERS PENHA	Aceito
Outros	AIVD.pdf	30/11/2017 18:22:40	SORAIA ROHERS PENHA	Aceito
Outros	Entrevista_idoso_POS_PI.pdf	30/11/2017 18:21:59	SORAIA ROHERS PENHA	Aceito
Outros	Quest_agente_saude_POS_PI.pdf	30/11/2017 18:21:19	SORAIA ROHERS PENHA	Aceito
Outros	Quest_tec_enfermagem_POS_PI.pdf	30/11/2017 18:18:04	SORAIA ROHERS PENHA	Aceito
Outros	Quest_dentista_POS_PI.pdf	30/11/2017 18:17:33	SORAIA ROHERS PENHA	Aceito
Outros	Quest_enfermeiro_POS_PI.pdf	30/11/2017 18:17:00	SORAIA ROHERS PENHA	Aceito
Outros	Quest_residentes_POS_PI.pdf	30/11/2017 18:16:23	SORAIA ROHERS PENHA	Aceito
Outros	Quest_idoso_antes_PI.pdf	30/11/2017 18:15:38	SORAIA ROHERS PENHA	Aceito
Outros	Quest_tec_enfermagem_antes_PI.pdf	30/11/2017 18:14:32	SORAIA ROHERS PENHA	Aceito
Outros	Quest_agente_saude_antes_PI.pdf	30/11/2017 18:13:36	SORAIA ROHERS PENHA	Aceito
Outros	Quest_dentista_antes_PI.pdf	30/11/2017 18:11:59	SORAIA ROHERS PENHA	Aceito
Outros	Quest_enfermeiro_antes_PI.pdf	30/11/2017 18:11:11	SORAIA ROHERS PENHA	Aceito
Outros	Quest_residente_antes_PI.pdf	30/11/2017 18:10:26	SORAIA ROHERS PENHA	Aceito
Outros	ORCAMENTO.pdf	30/11/2017 18:03:41	SORAIA ROHERS PENHA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Avenida Presidente Dutra, 2965 campus José R.

Bairro: Centro

CEP: 78.000-000

UF: RO

Município: PORTO VELHO

Telefone: (69)1182-2111

E-mail: cepunir@yahoo.com.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
RONDÔNIA - UNIR



Continuação do Parecer: 2.515.759

PORTO VELHO, 27 de Fevereiro de 2018

Assinado por:
Edson dos Santos Farias
(Coordenador)

Endereço: Avenida Presidente Dutra, 2965 campus José R.

Bairro: Centro

CEP: 78.000-000

UF: RO

Município: PORTO VELHO

Telefone: (69)1182-2111

E-mail: cepunir@yahoo.com.br