

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MATO GROSSO DO SUL
UNIDADE UNIVERSITÁRIA DE DOURADOS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*
ENSINO EM SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL

TIAGO AMADOR CORREIA

**GUIA PARA A FORMAÇÃO DE PROFISSIONAIS DA SAÚDE NA
ASSISTÊNCIA À PACIENTES COM INCAPACIDADE FUNCIONAL**

DOURADOS – MS
2016

TIAGO AMADOR CORREIA

**GUIA PARA A FORMAÇÃO DE PROFISSIONAIS DA SAÚDE NA
ASSISTÊNCIA À PACIENTES COM INCAPACIDADE FUNCIONAL**

Produto final do Curso Mestrado Profissional apresentado ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* Ensino em Saúde da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul, Unidade Universitária de Dourados como exigência final para obtenção do título de Mestre em Ensino em Saúde.

Orientadora: Profa. Dra Márcia Regina Martins Alvarenga.

Coorientadora: Profa. Dra Cibele de Moura Sales.

DOURADOS – MS

2016

C849a Correia, Tiago Amador

Assistência às necessidades de pacientes com incapacidade funcional: guia para a formação de profissionais da saúde/
Tiago Amador Correia. – Dourados, MS: UEMS, 2016.
156 f.

Dissertação (Mestrado Profissional) – Ensino em Saúde –
Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul, 2016.
Orientadora: Profa. Dra. Marcia Regina Martins Alvarenga.
Coorientadora: Profa. Dra Cibele de Moura Sales.

1. Incapacidade funcional. 2. Educação permanente. 3.
Doenças crônicas não transmissíveis I. Título

CDD 23 ed - 616 044

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho primeiramente a DEUS que concedeu a oportunidade de ingressar no mestrado, oportunizando grande conhecimento e sabedoria capazes de transformar efetivamente a minha vida profissional e pessoal.

A minha família que me apoiou em todas as minhas decisões, nos acertos e nos erros, fortalecendo no amor, no respeito, na dignidade, na força, na perseverança e na resiliência, ensinamentos que edificaram a minha vida e a pessoa que sou hoje como também o profissional que me tornei ao longo desses anos.

Ao meu pai João Correia Dias, homem de grandes qualidades, educador sem formação, que ensinou e ensina todos os dias ser um homem de fé, sábio, humilde, trabalhador, honesto e respeitoso. Despertar o seu orgulho é a minha grande meta e este trabalho com certeza o orgulha profundamente.

A minha mãe Marina Amador Gimenes Correia (*in memoriam*), inspiração de todas as minhas conquistas, pessoa que me fortaleceu e fortalece em pensamento para as grandes lutas que a vida nos desafia. Educadora e professora que se dedicou sem esforços para uma educação melhor e de qualidade, contribuindo para uma sociedade mais justa e igualitária, além de ser uma grande mãe, esposa e amiga.

A minha orientadora e professora Dra. Márcia Regina Martins Alvarenga pela paciência e dedicação no desenvolvimento desse trabalho, pelas grandes contribuições e ensinamentos que findou na conclusão desta dissertação; e pelo convívio, apoio, compreensão e amizade. Aproveito para parabenizá-la pelo admirável respeito e pela conduta responsável que possui no seu cotidiano.

A minha coorientadora e professora Dra Cibele de Moura Sales que ao longo do percurso me auxiliou grandemente na construção desse trabalho, pelas horas dedicadas, pela confiança no desenvolvimento e pelos momentos de incentivo e apoio.

Aos meus amigos, pelas alegrias, tristezas e dores compartilhadas. Com vocês, as pausas entre um parágrafo e outro de produção melhora tudo o que tenho produzido na vida.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente ao Autor da Existência, Aquele que permite que todas as coisas se concretizem, nosso único e verdadeiro Deus.

Agradeço a todas as pessoas que contribuíram para a construção de meus valores, meus pais, minha família, meus mestres do passado e do presente, e todos que compartilharam um pouco do que sabem para me tornar melhor.

Agradeço aos dois grupos de aprendizado que contribuíram efetivamente na realização das práticas educativas, pelos ensinamentos compartilhados no decorrer do trabalho.

Muito obrigado ao Hospital Universitário e Residência Multiprofissional em Saúde HU-UFGD que oportunizou a realização do trabalho apoiando em todas as necessidades levantadas.

Aos meus professores pelos ensinamentos compartilhados ao longo de minha trajetória, ensinamentos transformadores que proporcionou grandes melhorias em minha vida.

Obrigado a todos os meus amigos que estiveram ao meu lado em todos os momentos necessários.

A minha amiga e coorientadora Profa. Dra Cibele de Moura Sales o meu eterno agradecimento

A minha amiga e orientadora Profa. Dra Márcia Regina Martins Alvarenga o mais sincero agradecimento.

TIAGO AMADOR CORREIA

**GUIA PARA A FORMAÇÃO DE PROFISSIONAIS DA SAÚDE NA
ASSISTÊNCIA À PACIENTES COM INCAPACIDADE FUNCIONAL**

Produto final do curso de Mestrado Profissional apresentada ao Programa de Pós-graduação *Stricto Sensu* Ensino em Saúde, da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul, com requisito final para obtenção do título de Mestre em Ensino em Saúde.

Aprovada em ___/___/___

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra Márcia Regina Martins Alvarenga
Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul (UEMS)

Profa. Dra. Elaine Aparecida Mye Takamatu Watanabe
Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul (UEMS)

Profa. Dra. Fernanda Amendola
Universidade de Guarulhos (UNG)
Instituto Israelita de Ensino e Pesquisa Albert Einstein (IIEPAE)

RESUMO

As práticas educativas em saúde desenvolvidas focaram o aprendizado de profissionais de saúde que atuam no âmbito hospitalar diante dos pacientes com diagnóstico de Doença Crônica Não Transmissível e que adquiriram alguma incapacidade funcional. A realização dessas práticas está inserida na interface do ensino em saúde e da assistência em saúde, aproximando dos pressupostos teóricos da educação permanente em saúde. Contexto amplamente discutido pela sociedade científica que enfatiza ações educativas permanentes ao serviço de forma problematizada e dialogada, garantindo a troca de saberes, sejam eles do educador ou do educando. As elevadas internações de pacientes com Doença Crônica Não Transmissível e a ausência de ações específicas na promoção, proteção, recuperação e reabilitação desses agravos foram os disparadores responsáveis para a elaboração das práticas educativas que capacite e qualifique permanentemente profissionais de saúde envolvidos nesse contexto. Diante dessas reflexões, o objetivo deste estudo foi formar profissionais de saúde que assistem pacientes com incapacidade funcional decorrente de Doença Crônica Não Transmissível. Método: Trata-se de uma pesquisa ação com abordagem qualitativa, realizada no Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados, no município de Dourados – MS. As práticas educativas foram realizadas em caráter de educação permanente no serviço de saúde com a equipe de trabalho assistencial que recebeu a capacitação por meio de quatro oficinas educativas totalizando 16 encontros. Resultados: foram desenvolvidos quatro eixos de aprendizagem nas oficinas educativas, sendo eles: o cuidado em saúde; os estudos das doenças crônicas não transmissíveis – uma visão multiprofissional em saúde; abordagem multiprofissional frente às incapacidades funcionais; e a equipe multiprofissional na mensuração da independência funcional. Estes eixos nortearam as discussões e despertaram aprendizado significativo, saberes específicos frente aos conteúdos abordados e problematizado para o educando. As estratégias educacionais adotadas resgataram as experiências e vivências prévias, despertaram aprendizado por meio de questões disparadoras construídas ao longo do processo, solucionaram conflitos e problemas do processo de trabalho, como também aproximaram as profissões de saúde através da roda de conversa, tornando o diálogo com características multiprofissionais, interdisciplinares e transdisciplinares. Considerações finais: as práticas educativas em saúde construíram um universo de aprendizado para o grupo, de forma mobilizadora, problematizada e dialogada. As metodologias ativas de ensino e aprendizagem nortearam todo o processo de ensino, trazendo para o grupo vários contextos e conteúdos poucos explorados pelo processo de trabalho, considerando ainda as multifacetadas da educação permanente em saúde. A produção técnica deste estudo é apresentação do guia para a formação de profissionais da saúde quanto a assistência à pacientes com incapacidade funcional. Após a execução das oficinas educativas, espera-se que a equipe assistencial se torne formadora de conhecimento para todos os atores envolvidos, sejam eles: pacientes, profissionais de saúde, estudantes, cuidadores ou familiares, garantindo a continuidade da assistência em saúde e o máximo de sua capacidade funcional.

Palavras-chave: Educação permanente. Doença crônica. Incapacidade funcional.

ABSTRACT

Educational practices in health which have been developed focused on the learning of health professionals who work in hospitals facing the needs of patients with the diagnosis of Non-transmissible Chronic Disease and with some kind of functional disability. The performance of these practices is inserted into the teaching interface of health and health care, approaching the theoretical assumptions in education that are permanent in health. The scientific society widely discusses this context as it emphasizes permanent educational activities to serve as a way to problematize and dialogue, ensuring the exchange of knowledge, among teachers and students. The high admissions of patients with Non-transmissible Chronic Disease as well as the absence of specific actions for the promotion, protection, recovery and rehabilitation of these injuries triggered the development of educational practices that enable and permanently qualify health professionals involved in this context. Given these considerations, the aim of this study was to train health professionals who treat patients with functional disability due to Non-transmissible Chronic Disease. Method: This is an action research with qualitative approach performed at the University Hospital of the Federal University of Grande Dourados, in the city of Dourados/MS. The educational practices were held as being permanent in the health service within an assistance teamwork who received training through four educational workshops, coming to a total of 16 meetings. Results: Four learning areas were developed in educational workshops, namely: the health care; studies of chronic diseases - a multidisciplinary approach to health issues; multi-front approach to functional disabilities; and the multi-professional team in the measurement of functional independence. These axes guided discussions and aroused significant and specific learning knowledge thanks to the contents which were presented to the student. The educational strategies which were adopted rescued current experiences and previous ones. They awakened learning through triggering questions built throughout the process, not to mention that they resolved conflicts and problems in the labour process. These strategies also brought the health professionals closer because of conversation, giving the dialogue multidisciplinary, interdisciplinary and transdisciplinary characteristics. Final considerations: health educational practices built a learning universe for the group, which was mobilizing since it was problematized and dialogued. The active teaching and learning methodologies guided the entire teaching process, bringing to the group several contexts and little explored content by the labour process, considering the multiple facets of permanent education in health. The technical production of this study is the presentation of the guide for the training of health professionals as for assisting with the needs of patients with functional disability. After the implementation of the educational workshops, it is expected that the care team becomes a forming aid in promoting knowledge for all participants: patients, health professionals, students, caretakers or family, ensuring the continuity of health care and the maximum of their functional capacity.

Keywords: Permanent education; Chronic disease; Functional disability

RESUMEN

Las prácticas educativas de salud centraron el aprendizaje de los profesionales que trabajan en los hospitales a las necesidades de los pacientes con Enfermedades Crónicas no Transmisibles y discapacidad funcional. La realización de estas prácticas se encuentra dentro de la enseñanza y servicio de salud, acercándose a la teoría de la educación permanente en salud. Contexto ampliamente discutido por la sociedad científica que resalta las actividades educativas la atención de salud, de forma dialogada, garantizando el intercambio de conocimientos entre el profesor y el estudiante. Las elevadas internaciones de pacientes con Enfermedades Crónicas no transmisibles y la ausencia de acciones específicas en la prevención, cuidado, recuperación y rehabilitación de estos, fueron el motivo principal para la elaboración de estas prácticas educativas que capacite e califique constantemente a los profesionales de salud involucrados en este contexto. Por lo tanto, el objetivo de este trabajo fue capacitar a profesionales de salud que cuidan a los pacientes con discapacidad funcional causada por enfermedades crónicas no transmisibles. Método: Se trata de un estudio activo con enfoque cualitativo realizado en el Hospital Universitario de la Universidade Federal da Grande Dourados, en la ciudad de Dourados –MS. Las prácticas educativas fueron realizadas en los hospitales, por lo cual fue seleccionado un equipo asistencial que recibió la capacitación a través de cuatro talleres educativos totalizando 16 sesiones. Resultados: Se desarrollaron cuatro áreas de aprendizaje durante los talleres educativos, las cuales son: el cuidado de la salud; las enfermedades crónicas no transmisibles; las discapacidades funcionales y la aplicación del indicador de Medida de Independencia Funcional en la medición de la discapacidad para las actividades básicas de la vida cotidiana. Estos ejes guiaron las discusiones, despertaron el interés y el intercambio de conocimientos específicos sobre los temas abordados, así como el aprendizaje reflexivo del estudiante. Las prácticas educativas usadas rescataron las experiencias y vivencias, despertando el aprendizaje a través de preguntas elaboradas a lo largo del proceso, resolviendo los problemas del proceso de trabajo y acercándose a los profesionales de salud a través del grupo de conversación, transformando el diálogo con características multidisciplinares, interdisciplinares y inclusive transdisciplinares. Consideraciones Finales, Las prácticas educativas de salud construyeron un universo de aprendizaje para el grupo, de forma de movilizadora, problematizada y dialogada. La metodología activa de enseñanza y aprendizaje guiaron todo el proceso de enseñanza, trayendo para el grupo varios contextos y contenidos poco abordados antes, incluso teniendo en cuenta las múltiples facetas de la educación permanente en salud. La producción técnica de este trabajo es la presentación del guía para la capacitación de profesionales de salud y la atención de pacientes con discapacidad funcional. Después de la realización de los talleres educativos, se espera que el equipo de atención se convierta en la capacitadora de todos los interesados, ya sean pacientes, profesionales de salud, estudiantes, cuidadores o familiares, garantizando la permanente y continua atención de salud y lo máximo de su capacidad funcional

Palabras clave: La discapacidad funcional; Continuando Educación para la Salud; Enfermedad crónica.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB – Atenção Básica

AIVD – Atividades Instrumentais da Vida Diária

ANEPS- Articulação Nacional de Educação Popular em Saúde.

AVD – Atividades da Vida Diária

CBE – Comunidade Eclesiais de Base.

CID – Classificação Internacional das Doenças.

DAC – Doenças do Aparelho Circulatório.

DCNT – Doenças Crônicas Não Transmissíveis.

ELSA – Estudo Longitudinal de Saúde do Adulto

HU/UFGD - Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados.

ICIDH – *International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps.*

LDBEN – Lei das Diretrizes Bases de Educação Nacional.

MIF – Medida de Independência Funcional.

OMS – Organização Mundial de Saúde.

ONG – Organizações Não Governamentais.

PNAD – Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios.

SESP – Serviço Especial de Saúde Pública.

SUDRM – Sistema Uniforme de Dados para Reabilitação Médica.

SUS – Sistema Único de Saúde.

USF – Unidade da Saúde da Família

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Classificação das Variáveis Idade/ Sexo, HU/UFGD, 2015.	95
Tabela 2 – Estatística Descritiva da Escala MIF, HU-UFGD, 2015	98
Tabela 3 – Classificação do Nível de Independência dos Idosos por meio dos Sub scores da MIF, HU-UFGD, 2015.	99

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	13
2 RELATÓRIO TÉCNICO	15
Objetivos da pesquisa e do relatório técnico	22
Percurso Metodológico	22
Desenvolvimento da Pesquisa	25
Oficina I - Cuidado em Saúde	25
Oficina II - Estudos das DCNT: uma visão multiprofissional em saúde	43
Oficina III - Abordagem multiprofissional frente às incapacidades funcionais	77
Oficina IV - Equipe multiprofissional na mensuração da independência funcional	86
Técnicas de grupo – Estratégias educacionais motivadoras	100
Avaliação das práticas educativas somativas e formativas	102
3 CONSIDERAÇÕES FINAIS	105
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	107
PRODUÇÃO TÉCNICA	151

INTRODUÇÃO

O desenvolvimento desse trabalho partiu da vivência como profissional de saúde e educador em um contexto hospitalar de ensino, fomentado pelas imensas necessidades que essas instituições apresentam dentro do processo de trabalho. Foi motivado pelo interesse de transformação constante das ações executadas, pela busca de um cuidado de qualidade e integral, como também, pelo desenvolvimento de uma formação em saúde mais próxima das necessidades da população local.

O ambiente hospitalar traz em sua essência um universo de desafios e dificuldades que são diariamente processadas, refletidas e elaboradas pela equipe de saúde, trazendo consigo, saberes prévios e adquiridos, sempre na tentativa de melhorar a qualidade assistencial prestada aos usuários e de ampliar as possibilidades de aprendizado.

Diante destas percepções, alguns problemas foram identificados e destacados como fomentadores para o desenvolvimento dessa pesquisa, na busca sistemática de enfrentá-los e solucioná-los. Os principais problemas levantados foram: elevado número de pacientes hospitalizados com doenças crônicas não transmissíveis que desenvolvem ou adquirem incapacidade funcional temporária ou permanente; ausência de um programa educativo que capacite profissionais e familiares na manutenção, recuperação, reabilitação e promoção da saúde e o desconhecimento dos profissionais de saúde quanto a mensuração da capacidade funcional.

Nessa perspectiva, observa-se a necessidade de transformar a realidade do cuidado prestado, junto com a criação e ampliação de espaços dialogados de forma multiprofissionais e interdisciplinares, aproximando todos os atores envolvidos, afim de, organizar a prática assistencial e ampliar as possibilidades de aprendizado dentro da formação dos profissionais de saúde e residentes.

A formação aqui discutida é a educação permanente em saúde. Processo que garante a qualificação e aperfeiçoamento dos profissionais por meio do levantamento das necessidades reais de aprendizado, subsidiando e garantindo conhecimento específico, diante do cuidado integral, e posteriormente base de conhecimento para orientação e formação de cuidadores e familiares perante as necessidades de saúde dessa população.

Diante de tais problemas levantados, a prática de educação permanente em saúde é disparada pela necessidade de aprendizado dos profissionais inseridos no cuidado ao paciente com doenças crônicas degenerativas e não transmissíveis. A instituição de saúde pesquisada exerce o papel de referência assistencial para uma macrorregião, responsável por gerir assistência especializada perante esses agravos, exigindo uma assistência de qualidade, igualitária e resolutiva, afim de, evitar potenciais incapacidades funcionais decorrentes do processo patológico, garantir a independência funcional e conseqüentemente melhorar a qualidade de vida da população.

O processo de formação dos profissionais citados foi construído como proposta de intervenção norteada pelo conhecimento técnico-científico adquirido no Mestrado Profissional de Ensino e Saúde ofertado pela Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul, que subsidiou aprendizado para o desenvolvimento de práticas educativas. No primeiro momento, visou a formação de profissionais de saúde que assistem pacientes com doenças crônicas não transmissíveis e incapacidades funcionais, com a finalidade destes profissionais, no segundo momento, passarem a ser multiplicadores do conhecimento na orientação de familiares e cuidadores diante das necessidades apresentadas pelos pacientes em franco processo de recuperação da saúde.

As práticas aqui apresentadas contextualizam vários conteúdos de aprendizado relativos ao cuidado em saúde, agente cuidador, doenças crônicas não transmissíveis, incapacidades funcionais e sua mensuração. São conteúdos que alicerçam uma prática assistencial de qualidade, de forma integral e resolutiva, de carácter multiprofissional, interdisciplinar e transdisciplinar, atendendo as necessidades do usuário e principalmente na resolubilidade dos problemas de saúde detectados no universo da pesquisa.

O desenvolvimento desse processo de formação em saúde resultou na construção da produção técnica: “Guia para formação de profissionais de saúde na assistência à pacientes com incapacidade funcional”. Este material tem a finalidade de colaborar para a estruturação de possíveis ações de educação permanente em saúde, com a utilização de estratégias educacionais que garantem a construção de conhecimento pertinente ao cuidado integral a pessoa com incapacidade funcional.

A apresentação do processo de formação, desses profissionais, está descrita neste relatório técnico que apresenta toda a trajetória para o desenvolvimento dessa pesquisa e ao término segue a produção técnica construída.

2 RELATÓRIO TÉCNICO

O relatório técnico registra de forma argumentativa todo o processo de desenvolvimento da pesquisa e o percurso dessa construção. No primeiro momento descreve todo o processo de construção da pesquisa, a motivação de desenvolvê-la, a fundamentação teórica, os objetivos, o percurso metodológico e o desenvolvimento das oficinas educativas. No segundo momento apresenta a produção técnica como produto de todo o processo construído através de um Guia de formação para profissionais de saúde na assistência à pacientes com incapacidade funcional.

A profissão de saúde exerce sobre o indivíduo inúmeros desafios, que ao longo de seu exercício exige iniciativas, atitudes, reflexões e dedicação. Atualmente os cenários de atuação dos profissionais de saúde demandam conhecimento generalista, humanista e científico para identificar os problemas reais da população e transformá-los de forma dinâmica, compartilhada por outros parceiros na tentativa de encontrar caminhos de solução, beneficiando diretamente a população.

Os cenários do Sistema Único de Saúde (SUS) exigem que o profissional de saúde seja crítico, reflexivo, dinâmico e ativo, além de estar apto a aprender a aprender, aprender a ser, aprender a fazer no desenvolvimento de uma assistência coletiva incluindo todos os atores envolvidos, sejam eles, os profissionais da saúde, população e gestores. A realização de uma assistência integral, resolutiva, social e acolhedora demanda que os profissionais executem suas atividades de forma, multiprofissional, interdisciplinar e muitas vezes transdisciplinar (FRANQUEIRO, 2002; CNE, 2001; CECCIM e FEUERWERKER, 2004).

A observação da realidade a partir da vivência como profissional de saúde, inserido diretamente no cuidado a pacientes com Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) que durante o tratamento adquirem incapacidade funcional e dependência de terceiros para gerir atividades diárias de seu cotidiano; a ausência de programa educativo que forme profissionais e capacite familiares para a manutenção, recuperação, reabilitação e promoção da saúde; a dificuldade em gerir cuidado integral ao paciente com incapacidade funcional; além da perda da continuidade assistencial após a alta deste paciente para o domicílio, motivaram este estudo com relação a reflexão sobre a prática de trabalho.

A realização de uma assistência em saúde de qualidade além de exigir do profissional todas essas características, fomenta sistematicamente a necessidade de

conhecer a realidade e transformá-la, subsidiando ações que atendam às necessidades da população, conseqüentemente transformando esse cuidado em um cuidado resolutivo e acolhedor. A reflexão sobre a prática de trabalho e a participação de forma crítica e reflexiva do processo de cuidado, são uns dos grandes avanços de fazer saúde na atualidade (DIAS e FERREIRA, 2015; PERRENOUD, 1999).

As DCNT são na atualidade uns dos grandes desafios do sistema público de saúde no Brasil e no mundo. Observa-se a transição no perfil epidemiológico do país, nas duas últimas décadas no qual as DCNT apresentam significativo aumento de incidência e exigem mais atenção das autoridades, no qual demandam ações e estratégias de controle, prevenção e tratamento desses agravos. Esses agravos respondem por 36 milhões (63%) das mortes no mundo, com destaque principalmente para as doenças circulatórias, diabetes, câncer e doenças respiratórias, das quais 29% dessas mortes são de pessoas com menos de 60 anos, classificadas como mortes precoces. (BRASIL, 2011a).

A instituição do contexto desta pesquisa, localizada no Estado de Mato Grosso do Sul, no município de Dourados, apresenta as mesmas características epidemiológicas quanto ao perfil de adoecimento da população hospitalizada. O hospital em estudo é referência em DCNT para uma macrorregião de 33 municípios, no qual 94 leitos hospitalares são destinados exclusivamente para esse tipo de atendimento (CINTRA et al, 2013).

As DCNT são caracterizadas por causas incertas devido a inúmeros fatores de risco, como também o longo período de latência, e fortemente associadas a limitações e incapacidades. O processo patológico está associado às condições de vida e pela desigualdade social, e não somente pelo estilo de vida da população. Os fatores de risco são classificados como modificáveis e não modificáveis. Fatores como o etilismo, o tabagismo, o sedentarismo, o estresse e a obesidade são considerados de risco modificáveis, e o processo de envelhecimento, como fatores de risco não modificáveis. (BRASIL, 2006; MALTA et al, 2015).

O conhecimento da prevalência dos fatores de risco modificáveis, principalmente os de natureza comportamental, é fundamental para o desenvolvimento de estratégias para controle e prevenção desses agravos (BRASIL, 2006; MALTA et al, 2015).

Destacado como um dos fatores de risco das DCNT não modificáveis, o processo de envelhecimento deve ser discutido nesse universo, pois muitos idosos

sofrem com as consequências dessas doenças quando não controladas, por serem potentes no desenvolvimento de limitações e perda da capacidade funcional (MALTA et al, 2015).

Impossível realizar uma revisão bibliográfica trazendo discussões como DCNT e incapacidades funcionais sem mencionar o processo de envelhecimento, destacado pela literatura como um dos principais fatores de risco não modificáveis desses agravos. Segundo Ferreira et al (2012, p.514):

Envelhecer faz parte de um processo progressivo que desenvolve modificações funcionais, morfológicas, biológicas e psicológicas. São modificações que determinam a perda da capacidade funcional, de forma progressiva, aumentando a probabilidade dessa população adoecer.

O processo de envelhecimento traz consigo inúmeros desafios sendo um deles a manutenção da capacidade funcional. Alguns autores discutem que o envelhecer diminui progressivamente a capacidade funcional, conseqüentemente a perda da independência e da autonomia do indivíduo, como também, a execução de atividades relacionadas à vida diária. Esses são fatores que interferem diretamente na qualidade de vida do indivíduo em franco processo de envelhecimento (ALVES, 2008; FERREIRA et al, 2012).

O indivíduo idoso não é o único que pode ser acometido pelas incapacidades funcionais. Essas são observadas em várias faixas etárias, onde os mais jovens também podem desenvolver a perda da capacidade funcional, sejam elas, desencadeadas por DCNT, como também, por doenças de causas traumáticas. Esses são fatores que podem desencadear dependência do indivíduo, perda de sua autonomia, aumento do risco de mortes prematuras, como também necessidade de cuidados e muitas vezes até levar a sua institucionalização (ALVES, 2008, BORNARDI et al, 2007).

A capacidade funcional nesta pesquisa será compreendida como: “o potencial que os indivíduos apresentam para decidir e atuar em suas vidas de forma independente, e a incapacidade funcional como a dificuldade ou necessidade de ajuda dos indivíduos em executar tarefas no seu dia-a-dia” (BARBOSA et al, 2014, p.03). Como também, pela necessidade de ajuda que o indivíduo necessita para a realização das atividades da vida cotidiana, sejam elas básicas (tais como alimentar-se, vestir-se, banhar-se, controle de esfíncteres e locomover-se) ou as mais complexas (interações sociais). A capacidade

funcional tem uma forte relação com a manutenção da qualidade de vida por se tratar da ligação que a mesma tem em manter o indivíduo na comunidade, de forma ativa, participativa, desfrutando de sua independência (ALVES, 2008).

Diante deste contexto, investimentos na saúde pública são essenciais para a prevenção de doenças que desencadeiam a perda de capacidade funcional. Estratégias e ações na promoção de saúde são relevantes para a manutenção da qualidade de vida e autonomia de populações susceptíveis a adquirir DCNT e suas potenciais incapacidades. Essas estratégias contemplam intervenções amplas, focadas na redução dos fatores de risco, na melhoria da atenção à saúde, que englobam a detecção precoce, o tratamento oportuno e a reabilitação de indivíduos acometidos por esses agravos. Portanto, exige uma equipe treinada e capacitada para conduzir todas as necessidades desses indivíduos, tanto no processo de internação como também no domicílio, garantindo a continuidade do cuidado em toda a atenção a saúde. Considera-se ainda, os fatores demográficos, sociais, econômicos, culturais e psicológicos, além do estilo de vida dessa população (BARBOSA et al, 2014; FERREIRA et al, 2012; MALTA et al, 2011).

Nessa perspectiva é importante o conhecimento aprofundado do perfil de adoecimento da população assistida, como também identificação dos condicionantes sociais, econômicos e ambientais, para o planejamento, a execução e a avaliação das ações em saúde. Fatores que subsidia conhecimento e recursos para intervenção no controle e na prevenção das DCNT e suas incapacidades, a fim de estruturar ações educacionais em serviço voltadas para a promoção da saúde (BRASIL, 2011a).

Uns dos determinantes para um bom planejamento e acompanhamento das incapacidades funcionais é o êxito em sua mensuração, no qual traz subsídio para o planejamento de estratégias interventivas, principalmente no controle e tratamento dessas incapacidades.

A Medida de Independência Funcional (MIF) é um instrumento de avaliação que foi adaptado e validado no Brasil, e pertence ao Sistema Uniforme de Dados para a Reabilitação Médica (SUDRM). É um instrumento multidimensional, que permite aos profissionais de saúde a avaliar e quantificar a capacidade funcional dos pacientes, subsidiando dados para planejamento de ações de controle e reabilitação da saúde (ITAME et al, 2009; RIBERTO et al, 2007).

A utilização do instrumento MIF auxilia os profissionais de saúde a mensurar a ajuda necessária para a realização de 18 tarefas separadas em seis dimensões teóricas, no qual, avaliam o autocuidado, a capacidade de controle de esfíncteres, transferências,

locomoção, comunicação e cognição social (MATOS, 2015). Dimensões e tarefas importantes serem avaliadas para acompanhamento e manutenção da independência do indivíduo com alguma incapacidade funcional.

Diante desta fundamentação nota-se a importância da equipe de saúde apropriar-se da Medida de Independência Funcional, instrumento que, oportuniza dados fidedignos quanto à mensuração da capacidade funcional de pacientes hospitalizados que adquiriram incapacidades funcionais, seja por uma DCNT ou pelo próprio envelhecimento, capaz de subsidiar o planejamento e o controle de ações e cuidados, na busca da melhoria da qualidade de vida e da independência funcional (FERREIRA et al, 2012).

Em reflexão a esse contexto, considerando o universo da pesquisa que apresenta elevado número de pacientes hospitalizados por DCNT e com incapacidades funcionais, somado ao desconhecimento da equipe de saúde na mensuração dessas incapacidades e a demanda de familiares e cuidadores frente ao cuidado integral e contínuo a esses pacientes; surge o desafio de formar profissionais de saúde por meio da educação em serviço, capazes de desenvolver conhecimento específico e especializado diante desses conteúdos.

O Mestrado Profissional de Ensino em Saúde forneceu subsídios para a construção dessa proposta. Oportunizou conhecimento teórico e metodológico para o desenvolvimento de ações educacionais em serviço que garantisse a formação de profissionais de saúde perante as necessidades locais, considerando o contexto que esses profissionais estão inseridos, através de concepções metodológicas norteadas pelas metodologias ativas de ensino e aprendizagem.

Nesta perspectiva, o programa propiciou por meio de seus ensinamentos, a reflexão e análise da prática de trabalho, de forma crítica e reflexiva, no qual foi identificada toda a problemática da pesquisa, elaborado hipóteses e formulado explicações, na garantia de transformar a realidade do pesquisador e da comunidade.

Dentro dessa mesma ótica, surge a proposta de intervenção através de um curso de formação para profissionais de saúde na assistência a pacientes com incapacidade funcional, afim de, propiciar conhecimento específico a esses profissionais que posteriormente serão multiplicadores de conhecimento para pacientes, familiares e cuidadores.

A formação em saúde é muito discutida na comunidade científica, tendo um grande impacto no desenvolvimento assistencial do sistema público de saúde do país,

sendo inúmeras as maneiras de desenvolver um processo de formação dentro dos cenários do SUS. Neste contexto discute-se a educação permanente em saúde, política adotada para o desenvolvimento do curso de formação, obedecendo às concepções metodológicas das metodologias ativas de ensino e aprendizagem, através da aprendizagem significativa e problematização.

Vale ressaltar que o fortalecimento da educação permanente em saúde em nosso país se deu através da criação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, instituída pelo Ministério da Saúde em 2004, sendo uma estratégia do Sistema Único de Saúde (SUS) que vem sendo consolidada ao longo desse período (BRASIL, 2009b).

São vários os autores que discutem a educação permanente como estratégia de educação em serviço, processo educativo que valoriza a realidade do trabalho local e a construção de conhecimento através de espaços coletivos, marcado pelo diálogo, pelo resgate de vivências prévias, pelas reformulações de contextos e conteúdos, no qual subsidia transformação das práticas de trabalho. As construções são baseadas no reconhecimento dos espaços de trabalho como fonte de conhecimento e aprendizado, que oportuniza a análise e a compreensão ao longo do processo e por fim a construção de mudanças e melhorias na produção de saúde. (CECCIM, 2005; EZEQUIEL et al, 2012; FIGUEREDO et al, 2014).

A Educação Permanente em Saúde é entendida como uma estratégia contínua, centrada no trabalho, de forma institucionalizada e multiprofissional, de participação coletiva, incluindo vários atores, sejam eles, da formação, da atenção, da gestão e do controle social, propondo a melhoria da qualidade do serviço em saúde (BADUY, 2002; BRASIL, 2009; FIGUEREDO, 2014).

Essas ações fundamentam-se na concepção da aprendizagem significativa, relacionada às experiências anteriores e vivências pessoais, que permite a formulação de problemas relevantes que motiva o indivíduo em todo o processo de aprendizado, sendo ele o autor de seu próprio conhecimento. Outra concepção é a problematização, que também parte da lógica da aprendizagem significativa, pois diante do problema, se detém, examina, reflete, relaciona a sua história e passa a ressignificar as descobertas. (MITRE et al, 2008; HOFFMANN e KOIFMAN, 2013; SOUZA et al, 2015).

A educação permanente em saúde traz a lógica de aprendizado focado no enfrentamento de problemas, como já descrito acima; desenvolvidos na prática de trabalho, que se caracteriza como fonte de conhecimento, desenvolvendo o saber na perspectiva da problematização. Os atores inseridos neste contexto de aprendizado

possuem características reflexivas, além de exercer a autonomia para a construção do saber como também a iniciativa diante de todo o processo (BRASIL, 2009b; ALVES, 2008; MITRE et al, 2008). Os espaços de construção do saber são desenvolvidos fora da sala de aula, e sim dentro das organizações, comunidade, clubes e associações, afim de, valorizar todos os ambientes coletivos e o contexto real em que ocorre o trabalho (BRASIL, 2009b).

Nessa lógica, a educação permanente em saúde é a principal estratégia para a formação de profissionais diante das demandas de pacientes com DCNT e que tenham adquirido incapacidades funcionais. Esses trabalhadores necessitam de espaços de reflexão sobre a prática profissional e atualização técnica-científica que amplie o conhecimento e desenvolva competências e capacidades específicas para uma prática assistencial que atenda às necessidades do paciente, da família e da comunidade, a fim de almejar a melhor qualificação dos serviços prestados (ALVES, 2008; FIGUEREDO et al, 2014).

Ceccim (2005) complementa que a formação de profissionais de saúde necessita de um contexto multiprofissional, interdisciplinar e transdisciplinar, em espaços coletivos e reflexivos, orientados pela resolutividade dos problemas de saúde e das populações locais referidas.

Nessa concepção o desenvolvimento das práticas educativas, aqui discutidas partiu da observação da realidade, no qual vários contextos problemáticos foram levantados, refletidos e formulados, subsidiando a construção de um curso de formação de profissionais de saúde na assistência à de pacientes com incapacidade funcional, através de práticas educativas, norteadas pela estratégia de educação permanente em saúde através das concepções das metodologias ativas de ensino e aprendizagem, da problematização e da aprendizagem significativa.

Os conteúdos abordados foram trabalhados de forma problematizada, resgatando as necessidades, problemas e conflitos do processo de trabalho, refletidos de forma individual e coletiva, subsidiando significado para a busca de novos conhecimentos para a transformação dessa realidade. O desenvolvimento das práticas educativas aproximou o grupo do fazer coletivo pela produção do conhecimento de forma dialogada com características multiprofissionais, interdisciplinares e transdisciplinares, além de subsidiar a estruturação de uma assistência multiprofissional de qualidade a ser prestada às pessoas com incapacidade funcional decorrente de algum processo patológico, proporcionando melhor qualidade de vida ao usuário do serviço público de saúde.

Objetivos da Pesquisa

Capacitar profissionais de saúde através de oficinas educativas na assistência à pacientes com incapacidade funcional.

Desenvolver um guia para a formação de profissionais de saúde na assistência à pacientes com incapacidade funcional.

Percurso Metodológico

As práticas educativas desenvolvidas foram por meio da pesquisa-ação. A pesquisa-ação é o método que trabalha a investigação social com base empírica, concebida e realizada em estreita associação com uma ação ou resolução de um problema coletivo, no qual os pesquisadores e os participantes representativos da situação ou do problema estão envolvidos de modo cooperativo ou participativo. (ANDRADE, 2009; MINAYO, 2014).

A pesquisa parte da experiência profissional como enfermeiro assistencial e preceptor da residência multiprofissional em saúde, das profissões de enfermagem, nutrição e psicologia, nas unidades de clínica médica do Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados (HU/UFGD), no qual foram levantados os seguintes problemas: elevado número de pacientes hospitalizados com doenças crônicas não transmissíveis que desenvolvem ou adquirem incapacidade funcional temporária ou permanente; ausência de um programa educativo que capacite à família e/ou cuidadores que os habilite a assistir o paciente na manutenção, recuperação, reabilitação e promoção da saúde; desconhecimento dos profissionais de saúde quanto a mensuração da independência funcional.

A revisão bibliográfica foi realizada com o intuito de identificar produções científicas em periódicos nacionais sobre o tema educação em saúde, Doenças Crônicas Não Transmissíveis, incapacidade funcional para as atividades básicas da vida diária e práticas educativas em saúde. Utilizou-se as bases de dados *on line* da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS).

A pesquisa foi realizada no município de Dourados, Estado de Mato Grosso do Sul no Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados (HU/UFGD), nas unidades de clínica médica. A população deste estudo foi constituída

por profissionais de saúde das áreas de nutrição, psicologia e enfermagem, sendo eles preceptores e residentes do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do HU/UFGD. A amostra foi composta por 22 integrantes divididos em 02 grupos de 11 pessoas. Não houve processo de seleção e sim a divulgação e carta convite, no qual 24 vagas foram ofertadas e 22 foram preenchidas. Portanto, configura uma amostra intencional, não probabilística contemplando os objetivos da pesquisa.

Para a avaliação funcional e mensuração da capacidade funcional dos pacientes foi utilizado o instrumento denominado de Medida de Independência Funcional (MIF) – Apêndice I. Optou-se pela MIF por ser um instrumento validado e utilizado internacionalmente e preconizado pelo Ministério da Saúde (2006b). O instrumento mensura a ajuda para a realização de um conjunto de 18 tarefas, considerando seis dimensões teóricas: I autocuidado (cuidar de si mesmo: alimentação, higiene pessoal, banho, vestir-se); II controle dos esfíncteres; III transferências (capacidade de se transferir do leito para a cadeira e outros locais); IV locomoção; V comunicação (compreensão e expressão de ideias) e VI cognição social (relacionada à interação social) (FERREIRA et al, 2012).

As tarefas são classificadas por graus de dependência, sendo sete níveis. Nível 1 equivale à dependência total. Os níveis 2, 3 e 4 correspondem, respectivamente, à assistência máxima, moderada e mínima. O nível 5 diz respeito à supervisão, estímulo ou preparo, quando é necessária a presença, controle, sugestão ou encorajamento de outra pessoa, sem contato físico. Ou ainda, quando é necessário que outra pessoa prepare os objetos que serão utilizados ou ajude na colocação da órtese. O nível 6 trata da independência modificada, na qual as atividades requerem uma ajuda técnica, adaptação, prótese ou órtese e/ou são realizadas em tempo excessivo. Finalmente, o nível 7 é relativo à independência completa, na qual as tarefas são realizadas sem ajuda técnica e em tempo razoável (FERREIRA et al, 2012).

As práticas educativas foram desenvolvidas simultaneamente com as práticas assistenciais. O desenvolvimento do curso de formação ocorreu por meio de quatro oficinas educativas, totalizando 16 encontros, com a finalidade de promover discussão e decisões sobre a investigação da capacidade funcional dos pacientes internados, constituir grupos de estudos, definir ações, acompanhar e avaliar resultados. Foi coordenado por um agente facilitador neste contexto, o pesquisador, que além de coordenar, também avaliou as atividades do grupo.

As oficinas educativas foram executadas com atividades presenciais e a distância, com a carga horária a cada encontro de cinco horas presenciais e de cinco horas a distância, sendo dez horas semanais, totalizando 160 horas. A cada oficina educativa foi realizado um plano de atividade, sendo um instrumento norteador, seguindo uma estrutura uniforme apresentando título, contextualização, objetivos, metodologia, avaliação do encontro, discussão e resultados e referências bibliográficas.

O curso de formação foi avaliado através de avaliações somativa e formativa, oportunizando que cada integrante do grupo avalie a sua participação (autoavaliação), a participação do grupo, o pesquisador/facilitador, o conteúdo administrado e o encontro. O facilitador realizou a avaliação a cada encontro, a devolutiva do aprendizado individual e coletivo. O programa foi avaliado ao seu término por cada participante formalizando uma avaliação final (Apêndice VI).

Avaliação formativa consiste em uma avaliação contínua executada no decorrer do processo de ensino e aprendizagem, com o propósito melhorar e resgatar as aprendizagens em curso, através de um processo de regulação permanente, já a somativa avalia o desempenho dos participantes diante dos objetivos de ensino estabelecidos no planejamento do processo de aprendizado. (LIMA et al, 2013).

As oficinas foram executadas em quatro meses, de maio a setembro do ano de 2015, como curso de extensão, cadastrado na Pró-reitoria de Extensão, Cultura e Assuntos Comunitários da UEMS, na área da saúde.

As oficinas foram espaços dialogados e construtivos, de participação coletiva, norteadas pela estratégia de formação em serviço através da educação permanente em saúde, orientadas pelas concepções da metodologia ativa de ensino e aprendizagem, da problematização e da aprendizagem significativa. Utilizou como estratégias de aprendizado a roda de conversa, a aprendizagem baseada em problemas, construção de narrativas, estudos de caso, treinamentos focalizados, técnicas de grupo e avaliação de processos e resultados.

As oficinas são estratégias facilitadoras de expressão individual e coletiva, no qual resgata as reais necessidades do contexto explorado, é um espaço de troca de experiências e saberes, que exploram dos participantes conhecimentos sobre um determinado conteúdo ou temática, no qual oportuniza um novo movimento de assimilação e construção de novos saberes. As oficinas de aprendizado são formatos de construção de conhecimento pela ação e reflexão, que integra conceitos, crenças, e informações da realidade dos participantes (LACERDA et al, 2013; SILVA et al, 2012).

A oficina I – “Cuidado em saúde” teve como objetivo o aprendizado de conteúdos voltados para o cuidado integral em saúde, como também, o agente cuidador e suas habilidades e competências, a assistência em rede de saúde e a introdução de conteúdos referente às DCNT e incapacidades funcionais.

A Oficina II – “Estudos das DCNT: uma visão multiprofissional em saúde” desenvolveu o aprendizado de conteúdos referentes às DCNT e suas incapacidades funcionais.

A Oficina III – “Abordagem multiprofissional frente às incapacidades funcionais”, complementa os conteúdos da oficina II, porém com foco na abordagem multiprofissional e interdisciplinar a pacientes com incapacidade funcional. Inicia o desenvolvimento de competências nos participantes diante da mensuração da independência funcional utilizando o instrumento MIF.

A Oficina IV – “Equipe multiprofissional na mensuração da independência funcional” sistematiza o treinamento dos participantes na aplicação do instrumento MIF, oportuniza sua aplicação na prática e amplia as discussões frente aos resultados de forma multiprofissional, interdisciplinar e transdisciplinar. Além de ser um espaço avaliativo de todo o curso de formação.

A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética e Pesquisa conforme Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, pela Plataforma Brasil. Foi apreciada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFMS com parecer favorável de número 1009015 e CAAE 38880914.0.0000.0021. Para o desenvolvimento do estudo foi esclarecido aos participantes o objetivo da pesquisa e a participação dos mesmos ocorreu somente após a concordância e o preenchimento do Termo Livre e Esclarecido (Apêndice V).

Desenvolvimento da Pesquisa – Oficinas Educativas

OFICINA I – CUIDADO EM SAÚDE.

O primeiro movimento da Oficina I – “Cuidado em Saúde”, apresentou o Curso de Extensão, denominado de “Práticas educativas para equipe de saúde na qualificação de cuidadores frente às necessidades de pessoas com incapacidades funcionais”,

realizado em plenária para os dois grupos participantes e docentes da Residência Multiprofissional, nos meses de Maio a Junho de 2015.

A socialização oportunizou questionamentos e contribuições dos envolvidos, sendo um ponto de encontro dos participantes para reflexão das práticas em saúde e do processo de formação dos residentes multiprofissionais em saúde. Estavam presentes alunos residentes, professores, trabalhadores da saúde e o facilitador de ensino e aprendizagem.

As oficinas educativas do processo de formação foram dialogadas, garantindo maior entendimento dos participantes frente ao ensino em saúde, as doenças crônicas não transmissíveis, as incapacidades funcionais e o cuidado em saúde, assegurando a integração do corpo discente e docente do Programa Residência Multiprofissional e dos trabalhadores da saúde do hospital universitário.

A integração do ensino e serviço também foi destacada na discussão deste encontro, ação importante na melhoria da formação acadêmica dos profissionais de saúde. Assunto muito debatido na comunidade científica e que necessita ser ampliado nos espaços de aprendizagem da formação em saúde. Alguns autores trazem como integração ensino-serviço:

o trabalho coletivo, pactuado e integrado de estudantes e professores com trabalhadores que compõem as equipes dos serviços de saúde, incluindo gestores, visando à qualidade de atenção a saúde individual e coletiva, a qualidade da formação profissional e ao desenvolvimento e satisfação dos trabalhos dos serviços (ALBURQUERQUE, 2008, p. 356).

Ceccim e Feuerwerker (2004, p.42) contribuem com esse raciocínio destacando que,

a formação dos profissionais de saúde extrapola a educação para o domínio técnico-científico da profissão e se estende pelos aspectos estruturantes de relações e de práticas em todos os componentes de interesse ou relevância social que contribuam à elevação da qualidade de saúde da população.

Os dois Grupos de Aprendizado refletiram e discutiram as suas práticas de trabalho, reconhecendo suas fronteiras de conhecimento frente às DCNT e suas

incapacidades funcionais, levantaram conflitos e problemas deste contexto, formularam questionamentos pertinentes a esses problemas, afim de, significar a busca de novos aprendizados.

Diante desta reflexão Campos (2007, p.29) no método Paidéia, sugere “valer-se do vínculo para estimular os grupos e as organizações a participarem da resolução dos próprios problemas”.

Assim, o encontro aproveitou-se do vínculo para ampliar discussões antigas e a necessidade de mudança para crescimento dos campos de aprendizado e do aprender resolutivo. Discutiui a importância do desenvolvimento de projetos e ações que qualifiquem os profissionais de saúde consequentemente a importância de investimentos nos programas de educação permanente, melhorando a prática de trabalho e a qualidade da assistência. Prática que exige a participação de todos os implicados, tornando assim projetos e ações viáveis e resolutivos.

Os participantes, principalmente os docentes, destacaram a necessidade de discutir e desenvolver projetos de intervenções ou pesquisa-ação, levantando as necessidades prioritárias do contexto em que os trabalhadores da saúde juntamente com a Residência Multiprofissional em Saúde estão inseridos. Além de definir ações e tarefas a serem executadas e a própria análise desse processo.

Campos (2007, p. 33) ainda no método Paidéia,

fundamenta as elaborações de projetos de intervenções norteados pela definição de temas prioritários, análise de contexto, definição de diretrizes e tomada de decisão em roda, definição de uma rede de tarefas e análise de prática ou do resultado da intervenção, além do aprofundamento teórico que se aproxima com o que foi discutido ao longo do encontro.

A discussão destacou ainda, a necessidade de investimentos em ações de origem social, ou seja, pesquisa social e/ou pesquisa-ação, devido à necessidade de uma intervenção levantada pelo aluno, pelo docente, pelo profissional de saúde e pelo usuário, além da importância de trabalhar e fundamentar temas prioritários.

As práticas educativas em discussão fortaleceram o aprendizado de temas relevantes para o processo de formação e assistência em saúde, sendo eles: o ensino em saúde, as DCNT, as incapacidades funcionais e o cuidado em saúde. Esses conteúdos são

importantes eixos de aprendizado para alunos e professores na área da saúde, como também relevantes para os programas de educação permanente em saúde.

Diante deste contexto, o grupo em discussão dispara alguns questionamentos listado logo abaixo.

- *Como intervir esses agravos?*

- *Quais os recursos necessários para elaboração, execução, implementação e avaliação de estratégias ou ações eficazes frente a esses agravos?*

- *De que forma um programa de residência multiprofissional pode desenvolver e executar ações que amenizem esses agravos e suas complicações?*

São esses questionamentos que ao longo do processo de aprendizagem do curso de formação foram esclarecidos, garantindo assim, uma assistência em saúde integrada e resolutiva.

Ao término da apresentação foram compostos dois grupos de estudos para o desenvolvimento das práticas educativas. Os grupos foram constituídos com o mesmo propósito de aprendizado, dimensionados em dois para a garantia de um espaço dialogado e oportuno para discussão. Neste contexto a discussão da produção dos grupos forma identificadas da seguinte maneira: O Grupo I é a identificação do primeiro Grupo de Aprendizado, o Grupo II do segundo e Grupo ou Grupo de Aprendizado são as identificações dos dois grupos unidos, em um contexto único.

O encontro atingiu as expectativas lançadas no plano de ensino proposto, sendo apresentado de forma dialogada, enfatizando a necessidade de um projeto de intervenção construído de forma coletiva, envolvendo todos os atores no processo de formação dos residentes multiprofissionais em saúde. Afirmou a relevância dos conteúdos discutidos, destacando a importância de ações interventivas de forma resolutiva, além de valorizar espaços democráticos de aprendizagem, garantindo a participação de todos os envolvidos no processo e no fazer saúde. Obteve avaliação positiva e favorável por todo o grupo, destacando o projeto como social, fundamentado e resolutivo.

O segundo encontro discutiu a temática cuidado em saúde. A roda de conversa abordou várias temáticas e realizou atividades educacionais para o aprofundamento teórico diante dos assuntos discutidos. O encontro objetivou a aproximação da equipe de aprendizagem aos principais conceitos de cuidado em saúde trabalhados no projeto e sua fundamentação através da busca de novos conhecimentos que serão discutidos logo em seguida.

Para o início das atividades foi realizado uma técnica de grupo para a apresentação. Os participantes elaboraram sua identificação individual (seu crachá) com a eleição de uma característica ou adjetivo que o indivíduo considera importante para o agente cuidador, inserido dentro do contexto cuidado em saúde. Demonstrou ser uma estratégia positiva para aproximação do grupo frente aos conteúdos que foram aprofundados no decorrer desta oficina.

Na apresentação e discussão da dinâmica utilizou-se como estratégia educacional a roda de conversa que resgatou no grupo o conhecimento prévio frente ao conteúdo trabalhado. A figura 1 retrata as principais características destacadas pelo Grupo de Aprendizado, que em breve análise, se observa o cuidado em saúde e o cuidador em três eixos classificativos:

- Eixo de Comunicação.
- Eixo de Afetividade.
- Eixo de Responsabilidade.

COMUNICAÇÃO	AFETIVIDADE	
OUVINTE	AMOROSO	DEDICADO
BOA ESCUTA	ZELOSO	SOLIDÁRIO
COMPREENSIVO	SENSÍVEL	AMIGO
RESPONSABILIDADE	CALMO	EMPATICO
CONTROLADOR	PACIENTE	
ATENTO	HUMANO	
PREOCUPADO	CARINHOSO	

Figura 1 – Principais características do cuidado frente ao Grupo de Aprendizado

Fonte: Dados da Pesquisa, HU/UFGD, 2015.

O Grupo de Aprendizado aproxima expressivamente o cuidado em saúde e o cuidador com o afeto, observa-se ainda, a presença de características de responsabilidade e de comunicação, importante no processo de cuidado em saúde.

Segundo Azevedo e Santos (2006, p. 3),

a palavra cuidado deriva do latim - cura, cuja forma mais antiga - coera - era usada num contexto de relações de amor e amizade, expressando atitudes de cuidado, de desvelo, de preocupação e de inquietação pela pessoa amada, ou objeto de estimação.

O autor ainda afirma que, “além das ações de bom trato, o ato de cuidar significa preocupação, visto que está intimamente ligado ao outro, sinal de que a palavra é reveladora de uma vivência ambivalente (AZEVEDO e SANTOS, 2006, p. 3)”.

As características listadas inicialmente pelo grupo aproximam-se das características listadas pelos autores citados acima, o eixo de responsabilidade que caracteriza o cuidador como um sujeito controlador, atento e preocupado, aproxima do pensamento dos autores quando os mesmos trazem que o ato de cuidar como preocupação. A afetividade é uma das características que também está classificada no estudo de Azevedo e Santos (2006), no qual retrata o cuidador como uma pessoa de bom trato e atenciosa. O Grupo de Aprendizado amplia essa discussão classificando o terceiro eixo, o de comunicação, no qual o cuidador deve ser compreensivo, ouvinte e ter uma boa comunicação.

O Ministério da Saúde (2009a, p.7) no “Guia Prático do Cuidador”, define o cuidado como,

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. Cuidar é também perceber a outra pessoa como ela é, e como se mostra, seus gestos e falas, sua dor e limitação. Percebendo isso, o cuidador tem condições de prestar o cuidado de forma individualizada, a partir de suas ideias, conhecimentos e criatividade, levando em consideração as particularidades e necessidades da pessoa a ser cuidada.

Complementa ainda afirmando que,

O cuidador é um ser humano de qualidades especiais, expressas pelo forte traço de amor à humanidade, de solidariedade e de doação. A ocupação de cuidador integra a Classificação Brasileira de Ocupações – CBO sob o código 5162, que define o cuidador como alguém que cuida a partir dos objetivos estabelecidos por instituições especializadas ou responsáveis diretos, zelando pelo bem-estar, saúde, alimentação, higiene pessoal, educação, cultura, recreação e lazer da

pessoa assistida. É a pessoa, da família ou da comunidade, que presta cuidados à outra pessoa de qualquer idade, que esteja necessitando de cuidados por estar acamada, com limitações físicas ou mentais, com ou sem remuneração (BRASIL, 2009a, p. 08).

Esses são significados que aproximam muito das características de cuidado que o Grupo de Aprendizado construiu no desenvolvimento da técnica de grupo para apresentação: que o cuidador deve deter todas as características listadas na Figura 1.

Prosseguindo as atividades educacionais do segundo encontro, o grupo construiu um painel de habilidades e competências do cuidador em saúde, listado as características do cuidador e classificadas em cores verdes, amarelas e vermelhas, para identificar quais destas características, habilidades e competências, os participantes em seu domínio educacional são capazes de desenvolvê-las nos indivíduos cuidadores.

Na escolha dos adesivos verdes o participante identificou que detém domínio de ensino sobre a habilidade e competência listada; os adesivos amarelos o participante detém domínio de ensino de forma razoável e os adesivos vermelhos o participante não detém domínio de ensino. A confecção dos painéis trouxe um diagnóstico geral do grupo frente ao conhecimento inicial do assunto e das habilidades e competências de um cuidador em saúde, subsidiando a busca e ampliação do aprendizado.

A estratégia educacional desenvolveu o conhecimento científico frente aos conceitos de cuidado e cuidador em saúde, obedecendo às etapas de aprendizagem da problematização, no qual o educando resgata seus conhecimentos prévios, formula explicações, elabora questões, aprofunda através da busca de referenciais teóricos, constrói novos significados e avalia todo o processo.

Nessa perspectiva de aprendizado vale ressaltar Freire (2006), que discute a aprendizagem de adultos a partir da educação como prática de liberdade e de autonomia, reconhece o homem em permanente produção e a produção de conhecimento a partir de suas relações com o mundo, ou seja, de sua experiência (FREIRE, 2006).

A estratégia educacional proporcionou a combinação entre elementos de experiência ou vivências prévias, ambiente de capacidades singulares ao indivíduo, oportunizando várias maneiras de aprender, trazendo significado ao aprendizado, transformando a realidade e atribuindo novos sentidos.

Observa-se na figura 2 que os dois grupos caracterizam o cuidado em saúde muito próximo dos eixos de afetividade, responsabilidade e comunicação. Algumas características são comuns nos dois grupos de aprendizado, sendo elas: a paciência, o

respeito, a atenção, o vínculo, a sensibilidade, a disponibilidade e a autonomia. Importantes no cuidado em saúde descritas também pelo “Guia Prático do Cuidador” do Ministério da Saúde (2009a, p. 7), onde o bom cuidador

é aquele que observa e identifica o que a pessoa pode fazer por si, avalia as condições e ajuda a pessoa a fazer qualquer das atividades atribuídas. Cuidar não é fazer pelo outro, mas ajudar o outro quando ele necessita, estimulando a pessoa cuidada a conquistar sua autonomia, mesmo que seja em pequenas tarefas. Isso requer paciência e tempo.

GRUPO I				GRUPO II			
Desejo	1	8	4	Conhecimento Técnico Teórico	2	8	0
Comprometimento	0	9	3	Empatia	10	0	0
Responsabilidade	1	8	3	Organização	4	4	2
Envolvimento	1	7	4	Escuta	4	6	0
Paciência	1	10	1	Acolhimento	10	0	0
Calma	4	5	3	Respeito a Autonomia	8	2	0
Respeito	6	6	0	Responsabilidade	7	3	0
Conhecimento Técnico	4	4	4	Disposição	3	7	0
Experiência	0	4	8	Disponibilidade	5	4	1
Atenção	0	11	1	Cuidado ao cuidador	6	3	1
Vínculo entre o cuidador e sujeito	1	7	4	Paciência	5	5	0
Ética	3	5	4	Didática	1	9	0
Sensibilidade	7	3	2	Sensibilidade	9	1	0
Bom ouvinte	0	8	4	Autonomia	7	3	0
Zelo	6	6	0	Segurança	2	8	0
Profissionalismo	1	10	1	Integridade ao Sujeito	10	0	0
Apoio	5	7	0	Integração com a Rede	4	6	0
Disponibilidade	1	3	8	Vínculo	6	4	0
Autonomia	4	8	0	Troca de Saberes	7	3	0
Coragem	6	6	0	Atenção	4	5	1
Aceitação	0	6	6	Doação	2	6	2
Esperança	1	12	1				

Figura 2 – Painel de Qualidades do Cuidador Construído na Oficina I.

Fonte: Dados da Pesquisa, HU/UFGD, 2015.

Legenda: Cor verde: participante detém domínio de ensino sobre a habilidade. Cor amarela: participante detém domínio de ensino de forma moderada. Cor vermelha: participante não detém domínio de ensino.

Segundo Tomiko (2008b), o “Manual do Cuidador da Pessoa Idosa”, destaca que o cuidador detém algumas qualidades como: qualidades físicas e intelectuais, capacidade de ser tolerante e paciente, capacidade de observação, qualidades éticas e morais, responsabilidade, motivação, bom senso e apresentação.

Os dois grupos apresentaram essas características nos painéis construídos. Aspectos que demonstram que estes profissionais de saúde estão sensibilizados com o cuidado em saúde e com o agente cuidador, fatores talvez influenciados pelo contexto no qual estão inseridos.

A análise do painel construído, representado na figura 2, o grupo descreveu que o cuidador em saúde deve apresentar as seguintes características:

- Ter o desejo de ser cuidador;
- Exercer as atividades com comprometimento, responsabilidade e ética;
- Buscar constantemente conhecimento técnico científico;
- Realizar o cuidado com segurança garantindo a integridade do sujeito;
- Respeitar e desenvolver a autonomia do indivíduo;
- Desenvolver um vínculo com o indivíduo;
- Agir de forma afetiva, sensível e zelosa.

Ao questionar os dois grupos sobre as qualidades do cuidador listadas na figura 2, os participantes expressaram domínio moderado. A maioria das qualidades listadas estão na coluna amarela, que significa domínio moderado. Os dois grupos discutiram a necessidade de ampliar o conhecimento técnico-científico, garantindo assim o aprendizado do cuidador em saúde assistidos por eles. Ressaltaram que muitas das qualidades listadas são subjetivas, que são próprias do sujeito ou relativas a ele, de difícil desenvolvimento no processo de educação em saúde; reflexões que subsidiaram discussões frente à escolha do cuidador principal e o desenvolvimento de suas competências.

Sob essa perspectiva Walter et al., (2013, p.18) contribuem para esse raciocínio quando dizem que,

o indivíduo se faz sujeito, constitui-se como sujeito, apenas nas relações do poder, portanto sua condição de possibilidade e sua limitação , quando ela se torna sujeito de si nas relações que lhe afetam, que lhe são pertinentes e que são importantes para a sua constituição e produção das verdades a respeito de si mesmo.

Realmente a estratégia educacional resgatou a essência do indivíduo dentro do conteúdo abordado, pois cada participante levantou as características importantes de um cuidador e em seguida refletiu o domínio de ensino sobre elas.

Voltando a discussão das competências do cuidador elas são compreendidas como sendo a capacidade de mobilizar diferentes recursos para solucionar, com pertinência e sucesso os problemas de sua prática com o cuidado em diferentes contextos reais. Assim a combinação das capacidades cognitivas, atitudinais e psicomotoras mobilizadas para a realização de uma ação foi traduzida em desempenhos que refletem a qualidade da prática do cuidado (VIEIRA e MARCON, 2008).

Por fim, ao término da discussão da estratégia educacional os grupos lançam questionamentos ampliando o movimento de aprendizado. Em registros os dois grupos abrem questões de aprendizagem frente às duas estratégias discutidas acima. Sendo elas muito similares e listadas logo abaixo.

- *Quais são as principais competências de um cuidador em saúde? (Grupo I).*
- *Qual o perfil de competência do cuidador em saúde? (Grupo II).*

O desenvolvimento do encontro aproximou os conceitos de cuidado em saúde e de cuidador. Oportunizou aproximação do método ativo de ensino e aprendizado, no qual resgataram os conhecimentos prévios, formularam algumas explicações, elaboraram questões disparadoras de aprendizado, estimulando a busca de referenciais teóricos afim de, construir novos significados.

O Grupo de Aprendizado caminhou para o terceiro encontro, no qual trouxe como proposta a ampliação de conhecimento frente ao cuidado em saúde e as DCNT. Nesta mesma perspectiva, disparados pelas questões de aprendizagem descritas anteriormente, os participantes discutiram e aprofundaram novos conhecimentos referentes ao perfil de competências do cuidador. Diante desta produção científica o grupo construiu o perfil de competências do cuidador em saúde apresentado na figura 3.

A competência foi aqui compreendida como sendo a capacidade do cuidador em desenvolver diferentes ações com resultados satisfatórios, diante de problemas vivenciados no cuidado, sendo capacidades cognitivas, atitudinais e psicomotoras; e desempenho o desenvolvimento das mesmas (VIEIRA e MARCON, 2008; TOMIKO, 2008b).

Perfil de Competência do Cuidador em Saúde

a) Construção do Grupo I

- Exercer a característica de alteridade; aceitar o indivíduo na sua diferença através do encontro com o outro;
- Desenvolver e garantir o empoderamento da pessoa a ser cuidada; processo pelo qual o indivíduo obtém mais controle sobre a vida, independência e autoestima, respeitando a sua autonomia;
- Desenvolver o diálogo e a escuta aberta, tendo como característica a comunicação efetiva;
- Conhecer a rede de atenção à saúde que estão inseridos, incluindo todos os atores envolvidos, sendo eles o cuidador, a pessoa a ser cuidada e os profissionais de saúde;
- Exercer a ética como princípio do cuidado;
- Respeitar os limites do processo de cuidar, preocupando-se com a integralidade e continuidade da assistência prestada, centrada no indivíduo, na família e no meio social de convívio, descartando uma assistência tecnicista centrada somente nos procedimentos técnicos;
- Evitar a infantilização do cuidado;
- Exercer da solidariedade;
- Valorizar o autocuidado;
- Ter e adquirir conhecimento técnico e teórico específico do cuidado exigido.

b) Construção do Grupo II

- Conhecer a pessoa a ser cuidada, desenvolvendo o vínculo, cuidador, pessoa a ser cuidada, família e comunidade;
- Desenvolver a capacidade de cuidar exercendo a combinação da capacidade cognitiva, atitudinais e psicomotoras;
- Participar das atividades da vida diária da pessoa a ser cuidada, desenvolvendo a autonomia do indivíduo em suas relações pessoais, familiares e da comunidade;
- Possuir, aprofundar e aprimorar conhecimento técnico-científico para o desempenho da função de cuidador, a pessoa a ser cuidada e suas morbidades;
- Acompanhar efetivamente todas as mudanças no estado de saúde da pessoa a ser cuidada;
- Exercer da solidariedade, sensibilidade e paciência no cuidado em saúde;
- Respeitar as crenças, valores e costumes da pessoa a ser cuidada;
- Atuar como elo entre a pessoa cuidada, a família e a equipe de saúde;
- Escutar e estar atento às necessidades da pessoa a ser cuidada;
- Estimular a autonomia e independência do indivíduo e a sua socialização.

Figura 3 – Perfil de competências do Cuidador em saúde construído pelo Grupo de Aprendizado.

Fonte: Dados da Pesquisa HU-UFGD, 2015.

Segundo Tomiko (2008b) em seu “Manual do Cuidador da Pessoa Idosa” descreve que o cuidador exerce como perfil de competência e habilidades técnicas, conhecimentos necessários e qualidades para exercer suas funções. As habilidades, competências e qualidades muito próximas do perfil de competência construído pelo Grupo de Aprendizado, conforme descrito na figura 4, logo abaixo.

- **Qualidades físicas e intelectuais** – Deve ter boa saúde física para ter condições de ajudar e apoiar a pessoa a ser cuidada em suas atividades de vida diária. Também tem que ter condições de avaliar e tomar decisões em situações de emergência que necessitam de iniciativas e ações rápidas.
- **Capacidade de ser tolerante e paciente** – Deve compreender os momentos difíceis que a família e a pessoa idosa podem estar passando, com a diminuição de sua capacidade física e mental, de seu papel social, que pode afetar seu humor e dificultar as relações interpessoais.
- **Capacidade de observação** – O cuidador deve ficar atento às alterações que a pessoa idosa pode sofrer, tanto emocionais quanto físicas, que podem representar sintomas de alguma doença.
- **Qualidades éticas e morais** – O cuidador precisa ter respeito e dignidade ao tratar a pessoa idosa e nas relações com ele e com sua família. Deve respeitar a intimidade, a organização e crenças da família, evitando interferência e, sobretudo exercendo a ética profissional.
- **Responsabilidade** – Lembrar sempre que a família ao entregar aos seus cuidados a pessoa idosa está lhe confiando uma tarefa que, neste momento, está impossibilitada de realizar, mas que espera seja desempenhada com todo o carinho e dedicação. Como em qualquer trabalho, a pontualidade, assiduidade e o compromisso contratual devem ser respeitados.
- **Motivação** – Para exercer qualquer profissão, é necessário gostar do que faz. É importante que tenha empatia por pessoas idosas, entender que nem sempre vai ter uma resposta positiva pelos seus esforços, mas vai ter a alegria e satisfação do dever cumprido.

Figura 3 – Perfil de competências do cuidador segundo o Manual do Cuidador da Pessoa Idosa.

Fonte: (TOMIKO, 2008b, p.56).

Analisando os dois quadros observa-se grande semelhança no perfil de competências do cuidador, nota-se que tanto o construído pelo Grupo de Aprendizado como o do manual referido, características como capacidades físicas, intelectuais, observação, éticas, morais e motivacionais são relevantes na formação do cuidador. Os dois quadros são importantes bases teóricas para os participantes utilizarem como norte para a realização de ações assistenciais e práticas educativas diante de cuidadores e familiares que necessitam de orientação em saúde.

A segunda estratégia educacional realizada no terceiro encontro trouxe como proposta a ampliação do aprendizado já adquirido, denominada de situação problema. O grupo realizou a leitura do Texto 01 (Apêndice II). Após a leitura os participantes listaram os conceitos novos e pouco explorados, discutiram em grande roda esses conceitos, elaboraram um painel de conceitos levantados e fundamentaram cientificamente os mesmos.

A síntese provisória é uma atividade educacional utilizada na metodologia ativa de ensino desenvolvida para identificar os problemas encontrados no mundo de trabalho. Resgata o conhecimento e vivências prévias do grupo perante os conteúdos que serão trabalhados ao longo do aprendizado. Também denominada de situação problema cumpre o papel de disparadora do processo de ensino e aprendizagem, sendo trabalhadas pelos participantes e docentes em dois momentos: o primeiro denominado de síntese provisória como já descrito e o segundo de nova síntese. Essa estratégia é desenvolvida pelos princípios da problematização (LIMA et al, 2013).

Segundo Hoffmann e Koifman (2013, p. 579) “a metodologia ativa exige a problematização, a pesquisa e a elaboração própria, em que o sujeito participa e se envolve em um processo intermitente de investigação e discussão coletiva, buscando a produção de conhecimentos”. Os autores destacam a necessidade de estratégias que oportunizem a aprendizagem significativa, que se relaciona,

às experiências anteriores e vivências pessoais, permitindo a formulação de problemas significativos que motivam o aprendizado. Isso possibilita o estabelecimento de uma rede de relações entre fatos, objetos, acontecimentos, noções e conceitos, contribuindo para a utilização do que é aprendido em diferentes situações (HOFFMANN e KOIFMAN, 2013, p.580).

O grupo em execução da síntese provisória destacou os principais eixos temáticos de aprofundamento teórico na formação do cuidador, sendo eles:

- Prevenção, promoção, recuperação e reabilitação da saúde de pacientes com DCNT.
- Investimentos necessários para ampliação de programas específicos para a saúde do idoso garantindo a sua independência funcional em todos os níveis de atenção a saúde.

- Desospitalização do idoso através de internações domiciliares garantindo a independência funcional, estratégia que humaniza a assistência, otimiza leitos hospitalares e reduz custos.
- Garantia da formação de cuidadores em saúde e familiares frente ao agravamento de DCNT e suas incapacidades funcionais através estratégias educacionais voltadas para a autonomia do indivíduo e sua independência.

A atividade educacional disparou questões de aprendizagem importantes para práticas educativas em saúde muito discutidas na sociedade científica. O quadro epidemiológico nacional aponta a necessidade de melhorias no enfrentamento das DCNT e suas incapacidades, envolvendo todos os atores sociais responsáveis, sendo eles a comunidade de ensino, de assistência, de gestão e o controle social (CECCIM e FEUERWERKER, 2004).

Nesta perspectiva Ceccim e Feuerwerker (2004, p. 41) discutem a política de educação para o SUS, o quadrilátero de formação sendo “a construção e organização de uma gestão da educação na saúde integrante da gestão do sistema de saúde, redimensionando a imagem dos serviços como gestão e atenção em saúde e valorizando o controle social”. São essas políticas que fortalecem ações educativas integrais resultando no cuidado em saúde de qualidade.

O grupo de aprendizado dialogou a necessidade de uma intervenção em saúde que articule trabalho e ensino, com o envolvimento de todos os atores sendo eles: profissionais de saúde de todas as estâncias de atenção, cuidadores em saúde, familiares, gestores e comunidade, com a criação de espaços dialogados incluindo todos esses atores. O objetivo é uma formação do cuidador por meio da aprendizagem significativa, que ultrapasse a clássica organização por atividades e conteúdos, a qual estabelece o que aprender e reproduzir, e que ofereça um aprendizado que garanta uma prática do cuidado capaz de transformar a realidade social.

A nova síntese é complemento da atividade educacional da situação problema do encontro anterior, resultado de uma construção coletiva de novos saberes a partir dos eixos de aprendizado já destacado. O grupo de aprendizado construiu de forma dialógica e dialética um aprendizado científico e coletivo através do aprofundamento teórico no cuidado em saúde, agente cuidador e suas competências, doenças crônicas não transmissíveis e suas incapacitantes.

Dentro da comunidade científica, inúmeros autores contribuíram para a construção do saber, movimentados do saber individual para o saber coletivo e científico. O grupo de aprendizado em seu contexto aprofundou conceitos importantíssimos para a qualidade e integração do cuidado; destacou manuais ministeriais, guias de cuidado, artigos científicos, anais e vários cientistas e autores afins da temática.

O cuidado em saúde amplamente discutido nesta oficina foi definido como ação e atitude de ocupação, de preocupação, de responsabilidade e de envolvimento afetivo. A ação de cuidar deve estar baseada na autonomia do sujeito e sua máxima independência, valorizando a dignidade humana. O ato de cuidar deve perceber o indivíduo de forma singular, integral e excêntrica, além de incluir percepções de como ele se mostra, seus gestos e falas, sua dor e limitação, respeitando as suas necessidades individuais, coletivas, familiares e da comunidade (MARQUES et al, 2012; SILVA e SENA, 2008; BRASIL, 2007a).

Para Ayres (2004b, p.26) o cuidado é definido como “designação de uma atenção à saúde imediatamente interessada no sentido existencial da experiência do adoecimento, físico ou mental, por conseguinte das práticas de promoção, proteção ou recuperação da saúde”.

Cuidar é parte do cotidiano humano e refere-se a um agir de respeito e responsabilização, constituindo uma atitude interativa que inclui o envolvimento e o relacionamento entre as partes, compreendendo acolhimento e escuta do sujeito (TOMIKO, 2008b, p. 32).

O cuidar é mais que um ato, é uma atitude, ou seja, significa desvelo, solicitude, diligência, zelo, atenção, bom trato. O ato de cuidar representa uma atitude de ocupação, inquietação, preocupação de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro, de um modo de ser mediante (ARAÚJO et al; 2014, p.110).

Segundo Pires e Mussi (2009, p. 231) uma das finalidades do cuidar,

é aliviar o sofrimento humano, mantendo sua dignidade. Aquele que cuida deve considerar quem é cuidado nas dimensões biológica, social, psicológica e espiritual, as quais, por sua vez, são dimensões interdependentes, derivadas do todo com faces complementares, não excludentes, não constituindo partes isoladas.

O agente cuidador destaca-se nesse universo do cuidado, discutido nos encontros anteriores e resgatado na nova síntese do grupo, como mediador de cuidados da pessoa a ser cuidada, auxiliando nas suas limitações, de modo a preservar a autonomia do indivíduo, característica muito enfatizada na construção do perfil de competências do cuidador em saúde.

Ampliando essa discussão o cuidador pode ser classificado como formal e informal. O cuidador formal é o profissional que realiza a atividade remunerada do cuidado, e o informal é um membro da comunidade ou da família que assume o cuidado com exceção de algumas funções restritas ao profissional. Também são classificados como principal e secundário: o principal assume a maior responsabilidade, sendo a referência do cuidado, e que exerce a função maior parte do tempo; e o secundário é o que exerce um papel complementar nos cuidados (BRASIL, 2009a).

Ainda nessa perspectiva o Ministério da Saúde (2009a) afirma que o agente cuidador é reconhecido apenas como ocupação e não como profissão, ocupação que pode ser desenvolvida através de cursos de capacitação. A formação dos cuidadores incluindo o desenvolvimento de habilidades e competências para o cuidado estão ao critério do profissional ou da entidade de ensino.

Em estudo específico, o grupo apresentou uma forte discussão frente às implicações éticas e legais do exercício do cuidador, destacando um referencial importante. O “Guia Prático do Cuidador” do Ministério da Saúde (2009a).

Nesta perspectiva o guia orienta que,

o ato de cuidar não caracteriza o cuidador como um profissional de saúde, portanto o cuidador não deve executar procedimentos técnicos que sejam de competência dos profissionais de saúde. As atividades que o cuidador vai realizar devem ser planejadas junto aos profissionais de saúde e com os familiares. É importante que a equipe deixe claro ao cuidador que procedimentos ele não pode e não deve fazer, quando chamar os profissionais de saúde, como reconhecer sinais e sintomas de perigo. As ações serão planejadas e executadas de acordo com as necessidades da pessoa a ser cuidada e dos conhecimentos e disponibilidade do cuidador (BRASIL, 2009a, p.10).

Fomentados pela busca de novos conhecimentos o grupo de aprendizado destacou ainda que,

a parceria entre os profissionais e os cuidadores deverá possibilitar a sistematização das tarefas a serem realizadas no próprio domicílio, privilegiando-se aquelas relacionadas à promoção da saúde, à prevenção de incapacidades e à manutenção da capacidade funcional da pessoa cuidada e do seu cuidador, evitando-se assim, na medida do possível, hospitalização, asilamentos e outras formas de segregação e isolamento (BRASIL, 2009a, p.11).

Voltando o olhar para este agente cuidador, observou-se em várias literaturas a necessidade de ampliação do olhar para a sua saúde, sendo importante o cuidado ao cuidador, relacionado principalmente à sobrecarga atribuída a ele; ampliando essa discussão o grupo ainda referenciado pelo Guia Prático do Cuidador (2009a) destaca que,

a tarefa de cuidar de alguém geralmente se soma às outras atividades do cotidiano. O cuidador fica sobrecarregado, pois muitas vezes assume sozinho a responsabilidade pelos cuidados, soma-se a isso, ainda, o peso emocional da doença que incapacita e traz sofrimento a uma pessoa querida. O cuidador passar por cansaço físico, depressão, abandono do trabalho, alterações na vida conjugal e familiar. A tensão e o cansaço sentidos pelo cuidador são prejudiciais não só a ele, mas também à família e à própria pessoa cuidada (BRASIL, 2009a, p.11).

Na roda de conversa, o grupo de aprendizado discutiu que o cuidador deve dispor de outras pessoas para auxiliar no cuidado, sendo eles, família e amigos, como também os próprios profissionais de saúde envolvidos nesse contexto, para a manutenção de sua saúde, seja ela mental e física, fortalecendo o cuidado na sua integralidade, além de garantir melhor qualidade de vida a todos.

O Ministério da Saúde (2009a) reforça essa discussão, dizendo que parcerias como essas, são essenciais para proteção e manutenção da saúde do cuidador, destaca ainda, a importância de momentos de distração e descanso exigido pelo ato de cuidar de forma integral e exclusiva.

Ainda em destaque o agente cuidador deve receber a orientação de habilidades e competências específicas para sua ocupação, pertinentes a sua formação. Em discussão

anterior o Grupo de Aprendizado destaca a importância do desempenho de algumas habilidades e competências, listadas na figura 2, no qual traz o perfil de competência do cuidador em saúde construído pelo grupo e fundamentado pelos pressupostos do Ministério da Saúde (2009a).

Dentro de toda essa discussão, refletida pela participação da Oficina I, é importante ressaltar a relevância da família nesse processo, sendo a instituição primordial no contexto do cuidado em saúde. As instituições sociais ainda são carentes para auxílio e amparo desses indivíduos e os programas de apoio são realizados de forma fragmentada sem continuidade e insuficientes.

O investimento específico na integralidade do cuidador faz-se necessário para amenizar essa problemática. A implementação de ações alternativas de assistência como hospital-dia, centro de convivência, atendimento ambulatorial, serviços de saúde domiciliar, clínicas de reabilitação e apoio técnico, reduziria expressivamente a demanda por instituições de longa permanência. As famílias teriam apoio, garantindo a pessoa a ser cuidada, a convivência com seus familiares, amigos e comunidade (BRASIL, 2009a).

As DCNT não foram muito enfatizadas e fundamentadas pelos dois grupos. Centraram as buscas teóricas e científicas ao cuidado em saúde, agente cuidador e pessoa a se cuidada, destacado pelo Guia Prático do Cuidador do Ministério da Saúde (2009a), como descrito e discutido anteriormente. Ressalvas importantes sobre o conteúdo discutido seria de melhorar as políticas públicas, sociais e de saúde, na garantia da qualidade e continuidade da assistência em todos os níveis da atenção.

Para a continuidade do aprofundamento das temáticas discutidas, como atividade a distância o grupo de aprendizagem foi orientado para a leitura complementar de dois referenciais teóricos. O “Manual do Cuidador da Pessoa Idosa”, da Secretaria Especial dos Direitos Humanos (2008b) o “Guia Prático do Cuidador” do Ministério da Saúde (2008b). A leitura dos dois manuais finalizou a primeira oficina do projeto de extensão que capacitou os profissionais de saúde e residentes multiprofissionais diante de conteúdos como cuidado em saúde, agente cuidador, doenças crônicas e suas incapacidades.

Por fim, diante de todo esse universo de aprendizagem, conclui-se que o cuidador em saúde está muito presente nos profissionais de saúde, fator que incentivou a discussão do grupo de aprendizagem em questão. A formação de profissionais deve ser voltada para o cuidado compartilhado com vários atores sejam eles do ensino, do

serviço, da gestão ou do controle social. A oficina disparou inúmeras reflexões e reformulações no cuidado. Destacou a necessidade de políticas e ações disciplinares, interdisciplinares, multiprofissionais e transdisciplinares; não excluindo a participação efetiva das instituições de forma intersetorial e intrasetorial.

Nesse movimento Scherer e Scherer (2012) afirmam que construir a integralidade do cuidado em saúde implica na aproximação de princípios educativos, em uma nova forma de aprender/ensinar, que rompe com o saber formatado e descontextualizado. Significa, também, estabelecer uma prática de saúde entendendo o processo saúde-doença e o ser humano inserido nesse processo influenciado por valores, crenças, determinações políticas, econômicas e sociais.

A primeira oficina em discussão mobilizou de forma efetiva a problematização do aprendizado e a reformulação do aprendido utilizando as metodologias ativas de ensino e aprendizagem, que oportunizou a combinação entre os elementos experiência, ambiente e capacidades individuais de aprendizado, permitindo um aprender de diferentes maneiras.

As estratégias educacionais permitiram a realização de aprendizagem significativa, os participantes reconstruíram a realidade, atribuindo-lhes novos sentidos e significados. Significados esses que são construídos em função de sua motivação para aprender e do valor potencial que os novos saberes têm em relação a sua utilização na vida pessoal e profissional. Trabalhar temáticas relevantes como: cuidado em saúde, agente cuidador em saúde, formação de cuidadores e doenças crônicas incapacitantes, com profissionais influenciados pelas metodologias tradicionais centraria o aprendizado em conteúdos estanques no qual não tornaria significativo e tão pouco dialogado.

OFICINA II – ESTUDOS DAS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS (DCNT): UMA VISÃO MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

O primeiro movimento da Oficina II, “Estudos das DCNT: uma visão multiprofissional em saúde” foi à execução das atividades educacionais propostas pelo primeiro encontro. A primeira atividade educacional que marcou o início da segunda oficina foi o desenvolvimento da situação problema denominada “O ônibus das 17:30 horas” apresentada na figura 4 logo abaixo. A situação problema foi uma estratégia educacional que disparou reflexões frente às DCNT. Os dois grupos de aprendizado levantaram inúmeros problemas discutidos intensamente por todos os participantes.

A atividade teve como objetivo identificar conhecimentos prévios frente às DCNT e suas incapacidades e reconhecer as fronteiras de aprendizagem dos grupos participantes. A situação problema mostrou-se eficaz frente ao objetivo educacional, no qual referenciado pelo espiral construtivista, o grupo após realização da leitura, identificou os problemas explícitos, formulou explicações de forma dialogada através da roda de conversa, elaborou questões de aprendizagem que subsidiaram buscas de novos conhecimentos e informações, construiu novos significados e avaliou todo o processo de aprendizado. O Espiral norteia o aprendizado diante das duas estratégias educacionais, situação problema e nova síntese (LIMA et al, 2013).

Diante das reflexões, os dois grupos de aprendizado dialogaram ativamente frente aos problemas levantados após a leitura da situação problema. Os participantes explicitaram suas ideias, percepções, sentimentos, e valores prévios, trazendo à tona os fenômenos e as evidências que já conheciam e que podem ser utilizados para explicar uma determinada situação.

“O ônibus das 17:30 horas”

Em um ponto de ônibus em frente ao Hospital Universitário Maria residente de nutrição aguarda a sua lotação das 17:30 horas para retorno a sua residência depois de 10 horas cansativas de trabalho e estudos. Ao seu lado estava uma senhora de meia idade aflita e angustiada com uma criança de aproximadamente cinco anos de idade, com voz trêmula e chorosa a senhora reza o terço juntamente com a menina que a chama de mãe. Maria mesmo tentando disfarçar não consegue parar de observar à senhora que fervorosamente continua com suas orações. Passa-se quinze minutos a senhora finaliza sua oração e lágrimas descem em sua face. Sua pequena filha diz: - Não chore mamãe, vovó logo voltará para casa e nós vamos cuidar dela. A senhora abraça sua filha e não consegue controlar suas lágrimas. Maria sensibilizada se aproxima e pergunta para a senhora: - Olá, posso te ajudar? Sou residente de nutrição e trabalho aqui neste hospital. A senhora responde: - Oi minha filha, estou em uma tristeza só, minha mãe sofreu um derrame há vinte dias, ficou na UTI por 10 dias e agora está no quarto. Lamentável o estado dela. Não conversa mais, não consegue comer sozinha e suas necessidades todas são feitas na fralda. Hoje o médico disse que ela provavelmente irá de alta e que ela tem uma Doença Crônica Não transmissível que deixará incapacidades funcionais, não entendi nada do que disse, mas acho que não tem cura, e como vou cuidar dela? Estou desesperada!

Figura 4 - Situação Problema “O ônibus das 17:30 horas”.

Fonte: Dados da Pesquisa HU/UFGD, 2015.

As explicações iniciais e hipóteses formuladas permitiram explorar as fronteiras de aprendizagem em relação aos problemas listados, possibilitou identificar as

capacidades presentes e as necessidades de aprendizagem. O exercício de suposições, conjunturas e proposições favoreceram a expansão das fronteiras de aprendizagem e auxiliou na elaboração de questões disparadoras. A Figura 5 destaca os principais problemas discutidos nos dois grupos de aprendizado, hipóteses formuladas diante dos problemas levantados e as questões de aprendizagem formuladas pelo Grupo I e Grupo II.

Nuvem de Problemas	
Grupo I de Aprendizado	Grupo II de Aprendizado
<ul style="list-style-type: none"> - Falta de acolhimento dos serviços de saúde; - O uso de linguagem tecnicista; - Pouca compreensão das necessidades e possibilidades do cuidado; - Despreparo da equipe de saúde em acolher e transmitir informação; 	<ul style="list-style-type: none"> - Uso de termos técnicos - Aflição e angústia; - Falta de comunicação com os interlocutores do cuidado; - Dificuldade da família no enfrentamento da doença; - Falta de encaminhamentos de saúde para continuidade assistencial; - Limitação das atividades de vida diária da pessoa a ser cuidada; - Falta de acolhimento da equipe perante a família; - A cronicidade da doença; - Presença forte de crenças relativo a doença; - A sobrecarga do cuidador em saúde; - Situação socioeconômica para o cuidado.
Formulação de Explicações	
Hipóteses do Grupo I	Hipóteses do Grupo II
<ul style="list-style-type: none"> - A linguagem não tecnicista contempla o atendimento humanizado. - A falta de acolhimento gera consequências na qualidade do atendimento à saúde. - O atendimento com acolhimento gera benefícios a assistência em saúde; - O processo de elaboração do adoecimento interfere na compreensão do cuidado. 	<ul style="list-style-type: none"> - O uso de termos técnicos gera dificuldade de comunicação entre equipe de saúde e público assistido. - A falta de acolhimento e encaminhamento para a rede de saúde leva a sobrecarga do cuidador. - A falta de conhecimento do paciente e da família aliada as suas crenças em relação a doença, provocam aflição, angústia e dificuldade no enfrentamento da mesma. - A cronicidade da doença junto à condição socioeconômica gera limitações nas atividades de vida diária do doente e possivelmente na adaptação a doença.
Elaborando Questões de Aprendizagem	

Questões de Aprendizagem Grupo I	Questões de Aprendizagem Grupo II
<ul style="list-style-type: none"> - A linguagem não tecnicista contempla o atendimento humanizado? - Quais as consequências da falta de acolhimento no atendimento a saúde? - O processo de elaboração do adoecimento interfere na compreensão do cuidado? 	<ul style="list-style-type: none"> - O uso de termos técnicos gera dificuldade de comunicação entre equipe de saúde e público assistido? - A falta de acolhimento e encaminhamento para a rede de saúde leva a solidão e sobrecarga do cuidador? - A falta de conhecimento do paciente e da família aliada as suas crenças em relação à doença, provocam aflição, angústia e dificuldade no enfrentamento da mesma? - A cronicidade da doença junto à condição socioeconômica gera limitações nas atividades de vida diária do doente e possivelmente na adaptação a doença?

Figura 5 – Síntese Provisória “O ônibus das 17:30 horas.

Fonte: Dados da Pesquisa, HU/UFGD, 2015.

A construção da síntese provisória foi enriquecedora para o processo de aprendizado do indivíduo e do grupo de aprendizado, pois realizaram inúmeras reflexões que subsidiaram a troca de conhecimento através das etapas da situação problema. Concluíram com a elaboração de questões de aprendizagem, representadas aqui a necessidade de aprendizagem na busca de novas informações.

No percurso de construção da síntese provisória o grupo de aprendizado dialogou com os disparadores educacionais despertados pela situação problema, sendo eles conteúdos importantes para o cuidado integral em saúde. Os conteúdos foram:

- A abordagem de doenças crônicas e suas incapacidades funcionais;
- A necessidade de acolhimento no atendimento ao usuário e sua família;
- O uso da comunicação adequada garantindo o entendimento do outro e o cuidado integral.

A estratégia educacional (situação problema) conseguiu explorar as fronteiras de conhecimento dos participantes, evidenciado no levantamento de problemas, destacando a importância de discutir temáticas relevantes no processo de trabalho dos profissionais de saúde principalmente as relacionadas diretamente ao contexto em que estão inseridos. O grupo de aprendizado destacou a necessidade de uma assistência em saúde que se distancie do caráter tecnicista centrada na doença, para uma assistência acolhedora, que oportunize relações concretas e participativas de profissionais de saúde e usuários, atendendo a real necessidade da população.

Nas formulações de hipóteses, a estratégia educacional também aproximou assuntos nos dois grupos de aprendizado, sendo eles a necessidade de acolhimento ao usuário de forma humanizada e de comunicação efetiva no processo de cuidado garantindo a compreensão de todos os atores envolvidos. Por fim, orientados pelo espiral construtivista, diante de imensa discussão o Grupo de Aprendizado elaborou questões disparadoras de aprendizado, o que possibilitou a ampliação do conhecimento já construído.

O segundo encontro caminhou para a construção da nova síntese disparada pela situação problema “O ônibus das 17:30 horas”. As referências buscadas para a construção de novos significados foram relevantes para o aprofundamento do conteúdo sugerido. A roda de conversa teve como eixos de discussão as seguintes temáticas: acolhimento nos serviços de saúde, o uso de linguagem tecnicista na comunicação em saúde e enfrentamento da doença crônica e suas incapacidades.

O acolhimento no serviço em saúde vem sendo muito discutido atualmente pelo Ministério da Saúde e sociedade científica, no qual o grupo destacou alguns referenciais teóricos importantes. O primeiro referencial discutido foi de Guerreiro et al (2013), que discute “o acolhimento como boa prática na atenção básica à saúde”.

Segundo Guerreiro et al (2013, p. 133),

o acolhimento tem se configurado como uma das principais diretrizes operacionais para asseverar e materializar os princípios do SUS, particularmente os da integralidade da atenção à saúde, universalização do acesso e equidade”. A proposta do acolhimento está articulada com outras propostas de mudança no processo de trabalho e gestão dos serviços de saúde, visando à humanização desses serviços.

O Grupo de Aprendizado discutiu a importância de introduzir a Política Nacional de Humanização (PNH) nos serviços de saúde, garantindo a melhoria da qualidade assistencial, ampliando as relações interpessoais entre profissionais de saúde e usuários exercendo o acolhimento em suas práticas assistenciais.

Guerreiro et al (2013, p.133), reforçam essa reflexão quando afirmam que,

as ações e serviços de saúde devem estar adaptados às circunstâncias locais, à população para a qual se destina aos recursos disponíveis e aos atores participantes. Assim, as boas práticas no campo da saúde incluem, na sua formulação e desenvolvimento, além dos fundamentos teóricos (evidências científicas), a compreensão do ambiente e do

contexto no qual se localizam. Levam em conta, também, as crenças, valores e princípios éticos daqueles que constroem e dos que são alvo das ações e serviços, focando na promoção e melhoria das condições de vida e saúde da população.

Resgatando pressupostos teóricos da PNH o Ministério da Saúde (2004a, p.08), descreve,

a humanização como troca de saberes (incluindo os dos pacientes e familiares), diálogo entre os profissionais e modos de trabalhar em equipe, sendo à produção de uma grupalidade que sustente construções coletivas, que suponha mudança pelos encontros entre seus componentes.

Destaca ainda,

como estratégia de interferência no processo de produção de saúde, levando-se em conta que sujeitos sociais, quando mobilizados, são capazes de transformar realidades transformando-se a si próprios nesse mesmo processo (BRASIL, 2004a, p.08).

Nesta Perspectiva a PNH é,

um conjunto de estratégias para alcançar a qualificação da atenção e da gestão em saúde no SUS, estabelece-se, portanto, como a construção/ativação de atitudes ético-estético-políticas em sintonia com um projeto de corresponsabilidade e qualificação dos vínculos interprofissionais e entre estes e os usuários na produção de saúde (BRASIL, 2004a, p.08).

A estratégia educacional mobilizou o grupo na busca de referenciais no qual subsidiou discussão frente a qualidade do atendimento prestado pelos serviços de saúde e necessidade de investimentos em programas educativos que melhorem as relações de usuários e profissionais, como também o acolhimento dos serviços.

Na perspectiva da melhoria contínua, Guerreiro et al (2013), autores destacados pelo Grupo de Aprendizado no referencial de acolhimento e humanização da assistência contribuem reforçando que,

o referencial de boas práticas requer permanente reflexão por parte dos atores envolvidos sobre como melhorar e intensificar as práticas correntes. Assim, demanda a análise constante das ações desenvolvidas pelos serviços de saúde, utilizando um processo de reflexão crítica sobre o que se sabe que funciona bem em determinada situação. Pensar a ação, seu por que e como esta poderia ser mais efetiva, pode garantir o aprendizado contínuo e o crescimento pela revisão das práticas (GUERREIRO et al, 2013, p. 133).

Neste contexto o grupo de aprendizado discutiu a importância de um programa de educação permanente nos serviços de saúde garantindo o espaço de diálogo e reflexão das práticas assistenciais aproximando a assistência em saúde de um modelo integral, universalizado, descentralizado e de qualidade, conforme os princípios do SUS.

Outro referencial teórico discutido pelo Grupo de Aprendizado foi Masson et al (2015) que tratam “acolhimento e vínculo: tecnologias relacionais na produção da saúde”. O Grupo destacou nesse referencial a discussão do desenvolvimento de assistência em saúde de forma “(des)humanizada” influenciada pelo modelo de formação tecnicista e biologicista, no qual o autor sugere tecnologias na produção de saúde que distancie a prática tecnicista.

Segundo Masson et al (2015, p. 104),

as propostas que visam incorporar o acolhimento e o vínculo entre usuários e trabalhadores de saúde, também têm contribuído para desvelar e problematizar a “(des)humanização” do atendimento, determinada, principalmente, pela tecnificação do cuidado em saúde. Dessa forma, a introdução do “foco no cliente” e a incorporação de alterações substantivas nos processos de trabalho nos serviços de saúde poderiam problematizar aspectos críticos do modelo médico hegemônico, como a relação médico-paciente (em suas dimensões éticas e culturais) ou mesmo os limites dos conhecimentos e tecnologias utilizadas tão intensamente no âmbito desse modelo.

Masson et al (2015, p. 105) ampliam essa discussão trazendo uma crítica ao modelo atual chamado de “Modelo Tecnoassistencial” que,

sugere uma prática centrada no modelo biológico e prioriza o conhecimento especializado nas intervenções sobre os problemas de saúde, criando uma cultura no serviço de saúde, a qual associa

procedimento com qualidade de assistência. Com isso, ocorre a produção de uma demanda para os serviços de saúde, que pode ser entendida não como real, mas imaginária, em que os usuários buscam procedimentos e não cuidados, sendo esse fenômeno chamado por alguns autores de produção “imaginária da demanda.

Sob esse aspecto o grupo de aprendizado enfatiza a necessidade de fortalecimento de ações que aproximem o controle social da produção de saúde, ressaltando que a assistência em saúde deva atender as necessidades locais e regionais da população seguindo mais uma vez os princípios do SUS; regionalização e descentralização da assistência.

Nesta perspectiva, ainda orientado pelo referencial de Masson et al (2015, p.109), o processo de trabalho na saúde deve incluir o acolhimento como princípio assistencial, no qual mostra-se, “uma forma de reorganização do processo de trabalho, que foca na relação entre trabalhadores e usuários com base na escuta qualificada, responsabilização, compromisso com a resolutividade e trabalho multiprofissional”.

Masson et al (2015, p.109) afirmam ainda que,

O processo de trabalho na saúde é dependente do Trabalho Vivo em Ato, no momento exato de encontro entre trabalhador de saúde e usuário, tendo como característica principal o autogoverno – o trabalhador comanda seu processo de trabalho. A partir desse pressuposto da micropolítica do trabalho, podemos considerar que é necessário ser um desejo o projeto de acolhimento e criação de vínculo, um projeto pensado da equipe como um todo, almejando tornar o SUS um serviço de qualidade com acesso universal e solidário.

Ampliando essa discussão o grupo de aprendizado trouxe para roda de conversa a própria Política Nacional de Humanização referenciada pelo Ministério da Saúde (2004a), na qual discute “a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS”. Diante deste referencial os participantes destacam os princípios norteadores da Política de Humanização, sendo,

- Valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão, fortalecendo/estimulando processos integradores e promotores de compromissos/responsabilização.

- Estímulo a processos comprometidos com a produção de saúde e com a produção de sujeitos.
- Fortalecimento de trabalho em equipe multiprofissional, estimulando a transdisciplinaridade e a grupalidade.
- Atuação em rede com alta conectividade, de modo cooperativo e solidário, em conformidade com as diretrizes do SUS.
- Utilização da informação, da comunicação, da educação permanente e dos espaços da gestão na construção de autonomia e protagonismo de sujeitos e coletivos (BRASIL, 2004a, p.09).

Orientados pelo mesmo referencial os participantes destacaram as prioridades da PNH, sendo quatro marcas específicas.

- Redução das filas e o tempo de espera com ampliação do acesso e atendimento acolhedor e resolutivo baseados em critérios de risco.
- Todo usuário do SUS saberá quem são os profissionais que cuidam de sua saúde, e os serviços de saúde se responsabilizarão por sua referência territorial.
- As unidades de saúde garantirão as informações ao usuário, o acompanhamento de pessoas de sua rede social (de livre escolha) e os direitos do código dos usuários do SUS.
- As unidades de saúde garantirão gestão participativa aos seus trabalhadores e usuários, assim como educação permanente aos trabalhadores (BRASIL, 2004a, p.10).

Marcas prioritárias ainda distante de serem alcançadas, pois os serviços de saúde em nosso país apresentam problemas estruturais, rede de serviço desarticulada e assistência em saúde (des)acolhedora e ineficiente, afirmação do presente Grupo de Aprendizado em processo de formação. Dialogam ainda, a importância de ampliar a discussão frente ao acolhimento nos serviços de saúde com finalidade de fortalecer as boas práticas na atenção, gestão e ensino, contribuindo para um processo de trabalho mais organizado e resolutivo.

A partir da estratégia educacional desenvolvida o grupo de aprendizagem ampliou a compreensão do acolhimento, afirmando um lugar de encontro de todos os atores envolvidos, seja eles, os trabalhadores, os usuários, os gestores e os educadores, para uma discussão ampliada na melhoria das relações entre usuários e trabalhadores de saúde fortalecendo ações em saúde através da gestão participativa e ativa participação do controle social, tornando a assistência em saúde mais próxima da necessidade da população.

Nesse mesmo contexto, disparado pela questão de aprendizagem, no qual questionou-se o uso de linguagem tecnicista na comunicação em saúde contempla um atendimento humanizado?

O grupo de aprendizado em resposta ao questionamento destacou o referencial de Sucupira (2007) que discute “a importância do ensino da relação médico-paciente e das habilidades de comunicação na formação do profissional de saúde”. Os dois grupos de aprendizado anunciaram a dificuldade de encontrar referenciais teóricos que ampliem essa discussão.

Segundo Sucupira (2007), mantendo no contexto da humanização da assistência, porém na perspectiva de melhoria da comunicação profissional/usuário cita a contribuição da Política Nacional de Humanização – o Humaniza-SUS por contribuir na inserção dessa discussão nos serviços de saúde. O autor ressalta os efeitos da relação profissional-paciente no resultado das intervenções sanitárias.

O efeito terapêutico da relação profissional-paciente é reconhecido há bastante tempo, entretanto, as mudanças ocorridas na prática de saúde, nas últimas décadas, colocam uma importância bem mais evidente para os aspectos relacionais do atendimento e menos evidentes para aspectos técnicos. As doenças infecciosas, nas quais a intervenção tinha um efeito curativo imediato, dão lugar às doenças crônico-degenerativas, em que esse aspecto é substituído pela necessidade de se encontrarem estratégias de tratamento que possam proporcionar melhor qualidade de vida. Tratamentos que se caracterizam pela longa duração e pela absoluta necessidade de participação intensa do paciente. Nessas circunstâncias, o relacionamento que se estabelece entre o profissional e o paciente passam a ter uma importância fundamental para a adesão às propostas terapêuticas e para o sucesso das intervenções (SUCUPIRA, 2007, p. 625).

Sob esse aspecto, o grupo orientado por esse referencial, reforçou a necessidade de ações assistências planejadas com a participação efetiva da população, adotando métodos e técnicas inclusivas, tornando a relação mais próxima e resolutiva entre serviço de saúde e comunidade.

Questionados quanto à comunicação efetiva entre profissionais de saúde e usuários, seja ela tecnicista ou humanista, o grupo ainda destacou o referencial de Sucupira (2007), no qual descreve,

a relação profissional-paciente pode expressar-se enquanto uma tecnologia de processo, que vai além de uma técnica ou um

procedimento. A questão estritamente técnica que essa relação envolve está apoiada nas técnicas de comunicação, imprescindíveis para que se possa ter a compreensão necessária entre os atores para o esclarecimento dos objetivos desse ato clínico, e para adequar a natureza da relação às diferenças culturais e sociais dos sujeitos em relação (SUCUPIRA, 2007, p.625).

Diante dessa discussão o autor defende a adoção de uma comunicação humanística como descrito por ele no trecho abaixo.

A compreensão mais ampla do paciente e de suas demandas não se esgota no domínio de uma técnica, mas implica a necessidade de uma formação mais ampla nas ciências humanas, o que vai se expressar nas atitudes, posturas e condutas adotadas nessa relação (SUCUPIRA, 2007, p. 626).

No intuito de entender a formação em saúde o grupo apresentou o referencial teórico de Backes et al (2009) que discutem “conceitos de saúde e doença ao longo da história sob o olhar epidemiológico e antropológico”. Refletem que,

o modelo biomédico ainda é predominante e os profissionais da saúde precisam superar esse modelo de assistência à saúde centrada na doença, voltado para o diagnóstico e a terapêutica, o tecnicismo e as relações impessoais. É necessário investir em novo modelo de atenção focalizado na promoção da saúde. A grande questão atual é promover a saúde, fortalecer a autonomia dos sujeitos, com respeito às diferenças, potencializando as capacidades individuais, sociais e coletivas, levando em conta o contexto real em que as pessoas vivem, trabalham e fazem a vida acontecer. É preciso também rever a formação dos profissionais da área, preparando-os para esse novo modelo de atenção à saúde (BACKES et al, 2009, p. 111).

Outro aspecto fundamental é o modo como ocorre a formação, principalmente dos profissionais da saúde. Pois, embora a mobilização em torno da reforma curricular já venha ocorrendo basicamente há quase uma década, a formação centrada no modelo biomédico, biologista, ainda está muito presente.

Backes et al (2009. p.116) nos proporcionam questionamentos nesse contexto,

Por que ainda estamos tão atrelados ao modelo de atenção tradicional, biologista, biomédico, quando teoricamente já sabemos que

precisamos avançar, inovar, mudar as nossas práticas, investir na promoção da saúde e não apenas continuarmos com os nossos belos discursos e teorias que nos mantêm acomodados e distantes das reais necessidades das populações mais vulneráveis?

Diante de tais reflexões e fundamentações o Grupo de Aprendizado concluiu que a linguagem tecnicista se distancia efetivamente do atendimento humanista e de qualidade. Backes et al (2009, p. 116) afirmam que,

os profissionais da saúde precisam conhecer a realidade em que atuam, levando em conta as interações sociais, políticas e culturais dos espaços dentro e fora dos domicílios e dos núcleos familiares, bem como das unidades de saúde, evitando as relações que prejudicam a assistência em saúde, como o autoritarismo e o estranhamento da clientela.

Destacam ainda,

que a atenção em saúde deve estar focada na promoção da saúde, levando em conta todas as dimensões do ser humano, ou seja, a biológica, psicológica, social, cultural e histórica, considerando a diversidade cultural do nosso país, melhorando a qualidade da assistência à saúde dos indivíduos, respeitando as suas singularidades e particularidades (BACKES et al, 2008, P. 116).

A última temática discutida norteadas pelas questões de aprendizado de acordo com a figura 5 abordou o enfrentamento do processo de adoecimento pelo paciente e pela família principalmente as limitações físicas e patológicas desencadeadas pelo processo de envelhecimento e pelas doenças crônicas não transmissíveis.

O Grupo destacou algumas literaturas que fundamentaram a discussão ampliando o conhecimento de todo o coletivo. O primeiro referencial discutido foi o do Ministério da Saúde (2011a), “Plano de Ações e Enfrentamento das DCNT – 2011-2022”.

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2011a), o Brasil vem discutindo ações e serviços para organizar e estruturar um sistema de vigilância específico para as doenças e agravos não transmissíveis, a fim de visualizar a distribuição, a magnitude e a tendência das doenças crônicas e seus fatores de risco apoiando as políticas públicas de promoção da saúde.

Sob esse aspecto o Grupo de Aprendizado ressalta a necessidade de políticas estruturantes na promoção e prevenção de saúde relacionada às DCNT e suas incapacidades, devido ao aumento significativo desses agravos na população brasileira.

Segundo Ducan et al (2012, p. 127),

as DCNT são também a principal causa de mortalidade. Em 2009, após correções para causas mal definidas e sub-registro, responderam por 72,4% do total de óbitos. As quatro doenças, doenças cardiovasculares, neoplasias, doenças respiratórias crônicas e diabetes – responderam por 80,7% dos óbitos por doenças crônicas. Ao propor que o enfrentamento das DNCT enfocasse prioritariamente as quatro doenças, a OMS elegeu também como alvo seus quatro principais fatores de risco – fumo, inatividade física, alimentação inadequada e uso prejudicial de álcool.

Os autores ainda destacam que,

As DCNT representam elevada carga de doença no Brasil. Tendências recentes indicam que a mortalidade de algumas DCNT (as doenças cardiovasculares e as respiratórias crônicas) estão diminuindo, o que sugere que o enfrentamento está ocorrendo na direção certa. Por consequência, o número de portadores de DCNT que requerem atendimento tende a aumentar. As longas filas no SUS para consultas, exames especializados e cirurgias mostram o ônus que essas doenças causam ao sistema público de saúde e ilustram a necessidade de organizar, qualificar e ampliar o atendimento. O aumento da obesidade, se não controlado, ameaça os avanços recentes no controle das DCNT. A geração de conhecimento sobre essas doenças e seus fatores de risco é de fundamental importância e o Estudo Longitudinal de Saúde do Adulto (ELSA) deverá contribuir para o entendimento causal das DCNT no Brasil (DUNCAN et al , 2012, p.127).

Após a discussão e o aprofundamento diante às DCNT o Grupo lançou um olhar ampliado frente ao contexto saúde-doença e o processo individual e social no enfrentamento da doença. Como referencial adotado para essa reflexão destacam Carvalho e Lustosa (2008) que discutem “a interconsulta psicológica”. Cabe lembrar que os dois grupos de aprendizagem destacaram os autores na discussão da nova síntese, provavelmente devido o enfrentamento do processo saúde-doença estar relacionado diretamente a fatores psicológicos na elaboração e aceitação da doença. Ressaltaram ainda, a necessidade de ampliação de ações multiprofissionais, interdisciplinares e até

no alcance de ações transdisciplinares para auxiliar no processo de enfrentamento da doença diante de pacientes e familiares com DCNT.

Segundo Carvalho e Lustosa (2008, p. 31),

A assistência em saúde pública é tarefa complexa e, conseqüentemente, requer abordagem e intervenções também complexas. Falar em saúde implica abordar variáveis anatomo-fisiológicas, sociais, culturais, psicológicas, epidemiológicas, ecológicas, políticas dentre outras. É um amplo leque de variáveis que necessariamente funcionam como uma rede: interrelacionam-se em diferentes e, talvez, imprevisíveis pontos.

Os autores reforçam ainda, a necessidade de uma intervenção que,

envolva diferentes profissionais que estejam preparados para intercambiar saberes de forma que se complementem, gerando alternativas e soluções pertinentes e eficazes para cada caso abordado. A necessidade de intervenções conjuntas é clara, mas sua implementação nem sempre acontece por diferentes empecilhos, que vão desde limitações pessoais e práticas até institucionais e políticas (CARVALHO e LUSTOSA, 2008, p. 33).

Diante deste contexto a residência multiprofissional de saúde, programa que os participantes estão inseridos, parte dessa prerrogativa, no qual idealiza e planeja ações no âmbito hospitalar e de saúde pública de forma multiprofissional e interdisciplinar, contemplando as profissões de enfermagem, nutrição e psicologia.

Os participantes incluíram essa discussão na roda de conversa, aproximando das contribuições de Carvalho e Lustosa, no qual auxiliou na reflexão de ações multiprofissionais que facilitasse o enfrentamento do processo saúde doença, seja no ambiente hospitalar ou na atenção básica, e despertou o interesse de construir espaços assistenciais que oportunize a realização de ações interdisciplinares e multiprofissionais.

A inclusão da família no processo do cuidado integral é de extrema importância, o enfrentamento de qualquer problema de saúde seja ele por um episódio agudo ou crônico, deve ser compartilhado com familiares. O Grupo destacou essa ação como primordial para melhoria do enfrentamento do processo saúde-doença.

Segundo Santos (2013, p.41),

a família é o primeiro grupo social no qual o sujeito está inserido e no qual vive as primeiras experiências interpessoais. É um sistema

intercomunicante e de relações de reciprocidade, ou seja, cada membro exerce influência sobre os outros e qualquer mudança que ocorre com um componente afetará todos os outros. Desse modo, quando um membro familiar é acometido por uma enfermidade, este sofrimento faz com que ocorram modificações na vida de todos, de ordem afetiva, econômica e social.

Nesta perspectiva Carvalho e Lustosa (2007 apud SANTOS, 2013, p.41), ampliam essa discussão dizendo que,

a família também se depara com dificuldades no enfrentamento da situação, assim como o paciente. Ainda segundo a autora, o momento vivenciado por essa filiação constitui-se de estresse permanente, sofrimento interno, elevação de ansiedade, medo do desconhecido e apreensão quanto às decisões a tomar e situações a enfrentar.

Como observado o referencial de Santos (2013) que discute “a estratégia de enfrentamento (*coping*) da família ante um membro familiar hospitalizado”, foi destacado pelo grupo para construção do conhecimento diante da necessidade de aprendizado disparado pela situação problema.

Os dois grupos de aprendizado destacaram nas questões de aprendizagem a importância do profissional de saúde ser competente e habilitado no auxílio do paciente e familiares frente ao enfrentamento do processo de adoecimento. Ambos os grupos destacaram a dificuldade de acervos bibliográficos que aprofundem o conhecimento diante desse conteúdo, no qual evidenciaram o método *coping*, uma estratégia de cuidado no enfrentamento de uma determinada situação estressante para o indivíduo e seu contexto familiar.

Em resumo o enfrentamento ou *coping* é definido como:

um conjunto de esforços, cognitivos e comportamentais, utilizados pelos indivíduos com o objetivo de lidar com demandas específicas, internas ou externas, que surgem em situações de estresse e são avaliadas como sobrecarregando ou excedendo seus recursos pessoais. (LAZARUS e FOLKMAN, 1984, p. 141 apud SANTOS, 2013, p.41).

A estratégia adotada para o enfrentamento do agente estressor deve considerar o entendimento da família frente ao diagnóstico da doença, o tipo de enfermidade e dos percursos que irá confrontar perante a hospitalização de seu familiar. De acordo com

Damião et al (2009) citado por Santos (2013), as estratégias de enfrentamento são assim conceituadas:

- confronto (fator 1): estratégia de confronto corresponde às estratégias ofensivas para o enfrentamento da situação, isto é, são estratégias nas quais a pessoa apresenta uma atitude ativa/agressiva em relação ao estressor;
- afastamento (fator 2): o afastamento corresponde a estratégias defensivas, onde o indivíduo evita confrontar-se com a ameaça, não modificando a situação;
- autocontrole (fator 3): autocontrole diz respeito aos esforços da pessoa em buscar o controle das emoções frente aos estímulos estressantes;
- suporte social (fator 4): o suporte social é uma estratégia de enfrentamento que está relacionada ao apoio encontrado nas pessoas e no ambiente, sendo este um fator psicossocial positivo, que pode ajudar o sujeito a lidar com o efeito indesejado do estresse e sua resposta à doença;
- aceitação de responsabilidade (fator 5): Ao utilizar a estratégia de aceitação de responsabilidade, o sujeito aceita a realidade e engaja-se no processo de lidar com a situação estressante;
- fuga-esquiva (fator 6): O comportamento de fuga e esquiva consiste em fantasiar sobre possíveis soluções para o problema sem, no entanto, tomar atitudes para de fato modificá-las. Podemos descrevê-la como os esforços para escapar e/ou evitar o fator estressante;
- resolução de problemas (fator 7): A estratégia de resolução de problemas pressupõe o planejamento adequado para lidar com os estressores. Ao invés de anular ou afastar a situação estressante de seu cotidiano, o sujeito opta por resolver seu problema, modificar suas atitudes, sendo capaz de lidar com as pressões das pessoas e do ambiente ao seu redor, diminuindo ou eliminando a fonte geradora de estresse;
- reavaliação positiva (fator 8): A reavaliação positiva é uma estratégia de enfrentamento dirigida para o controle das emoções que estão relacionadas à tristeza como forma de reinterpretação, crescimento e mudança pessoal a partir da situação conflitante (DAMIÃO et al, 2009, apud SANTOS, 2013, p. 43).

O Grupo destacou o método de *coping* como um norte teórico e base científica no auxílio dos pacientes e familiares diante do enfrentamento do processo de adoecimento e suas incapacidades geradas pelas suas morbidades. Destacou ainda, a necessidade de maior aprofundamento teórico diante do conteúdo classificado como disparador de uma assistência humanista e resolutiva.

Discutiu-se sobre a angústia exercida pelo luto antecipado, fato muito presente em pacientes e familiares que vivenciam longas internações, sentimentos que perpetuam ao longo do tratamento da doença até o seu controle ou morte.

O encontro desenvolveu conhecimento específico e significativo diante das temáticas discutidas, fortaleceu o processo de aprendizado singular e coletivo. Alcançou o objetivo proposto de ampliar o conhecimento específico diante das DCNT e de planejar uma assistência na sua integralidade em todos os níveis de atenção, seja na prevenção, recuperação, promoção e reabilitação em saúde.

O uso das estratégias educacionais como técnicas de grupo, síntese provisória e nova síntese subsidiaram grande discussão de forma dialógica e dialética a conteúdos como: a importância da comunicação efetiva e acolhimento nos serviços em saúde, a relação profissional-paciente na integralidade do cuidado e o enfrentamento do processo saúde-doença no contexto paciente e família.

O terceiro encontro de aprendizado da Oficina II iniciou-se com a proposta de utilizar a estratégia educacional narrativa, no qual os grupos foram orientados a narrar uma vivência profissional, em dupla, relativa aos conteúdos estudados. Foram construídas 11 narrativas na totalidade dos dois grupos, e escolhidas duas como disparadoras de aprendizado da segunda situação problema do curso.

A narrativa foi a estratégia educacional desenvolvida como atividade a distância, orientado a construção para a aproximação do indivíduo e de suas vivências e experiências no processo de aprendizado, no qual o compartilhamento das mesmas torna o aprendizado mais significativo. Teve como objetivo o processamento de situações trazidas pelos participantes a partir de suas próprias experiências, também cumprem o papel de disparadoras do processo ensino-aprendizagem. Proporciona ainda, de forma mais direta e intensa, a reflexão dos contextos locais de cada participante, além de abrir espaço significativo para o desenvolvimento de algumas capacidades, como ampliação dos sentidos – escuta olhar, sentir, percepção – e das dimensões intelectual e efetiva (LIMA et al, 2013).

A atividade iniciou-se com a leitura sistemática das narrativas construída no qual cada grupo escolheu uma para trabalhar como situação problema. As narrativas escolhidas seguem descritas na Figura 6.

Narrativa Grupo I

Boas Festas

Como de costume, os quartos do posto 03 estavam divididos entre eu e a preceptora, responsável pelo setor. Em um desses quartos que estava sob os cuidados dela, havia um paciente que fazia parte da família de um colega nutricionista. Ela pediu para ficar de olho no caso, pois João era idoso e queixava de falta de apetite e apresentava uma perda ponderal importante em um período curto de tempo.

Até o momento, a hipótese diagnóstica era obscura. Suspeitava-se de alguma forma de câncer, porém não havia informações substanciais sobre o caso. Nesse meio tempo, João foi transferido de quarto devido ao seu colega de leito ter adquirido “misteriosamente” tuberculose, sendo assim, passou para um dos quartos que estava sob o meu cuidado. Fiquei responsável diretamente pelo seu atendimento nutricional.

Descobri ali uma família assustada, preocupada e com muitas dúvidas, no entanto unida. João estava com uma semi-oclusão intestinal. Em razão disso, estava com dieta líquida restrita e aguardava exames específicos para investigar seu caso. Havia comentários da equipe médica que era paciente paliativo e não tinha nada a ser feito. Claro, esqueci de mencionar que estávamos no meio do mês de dezembro. Por esses motivos, começaram a falar em alta hospitalar, contudo a família não queria essa saída do hospital. Estavam com medo, pois o paciente está com dor, sem conseguir evacuar e o acesso deles a rede hospitalar pública foi torturante e recebiam passar pelo mesmo.

A equipe me solicitou uma orientação nutricional de alta, pois sua dieta estava extremamente restrita. Fui conversar com os responsáveis pelo caso para entender o que, de fato, estava acontecendo para melhor orientar a família e o usuário. Nem o residente da clínica médica e o interno de medicina souberam explicar o caso e, assim tiveram que esperar o Doutor Arrogância que fez pouco caso, sequer olhou para mim e ainda argumentou de forma incoerente em relação a ciência da nutrição. Em particular conversei com o interno que estava angustiado, pois estava sozinho, sem residente (esse foi de férias) e sem interno do sexto ano.

Nesse momento, conversei com as preceptoras e pedi ajuda para a elaboração desse material para o paciente, afinal era uma condição clínica muito delicada e tentamos fazer o melhor possível.

Novamente conversei com os familiares, que estavam inseguros e relutantes de irem para casa com usuário nessa situação, porém nem quiseram ouvir a orientação. Expressaram-se de forma insatisfeita em relação ao atendimento do Doutor Arrogância, então orientei a procurarem a ouvidoria e/ou o serviço

social do hospital – sem sucesso.

Dessa forma, a medicina pediu para a enfermeira do setor convencê-los que não era adequado ficar no hospital, a tarefa foi executada com sucesso. Realizei a orientação novamente e fiz o contato com a rede de saúde para poder adquirir o suplemento.

A frustração e angústia, pela falta de suporte e descaso do Dr. Arrogância em relação a mim, ao restante da equipe, bem como o usuário e seus familiares era perceptível. Foi importante a organização da família e o entendimento deles em relação a postura do médico, que divergia dos outros membros da equipe. Fiquei contente em poder acolhê-los e tirar algumas dúvidas.

Narrativa Grupo II

Os cuidados de um paciente oncológico não é uma tarefa fácil, com um câncer de estômago em metástase um paciente com personalidade forte e que não aceita estar na condição de ser cuidado.

O paciente reside em uma cidade longe da qual realiza tratamento radioterápico e quimioterápico, sai às 04:00 horas para a cidade realizar seu tratamento, acompanhado de sua esposa. Durante o tratamento sofre os efeitos colaterais dos medicamentos e eis que o câncer obstrui a passagem de alimentos, que já não era muita, do esôfago para o estômago.

Para solucionar o problema é realizada uma gastrostomia, durante sua estada em casa o paciente recebe dieta enteral artesanal, fórmula enterais de suplementações está em um intenso estado catabólico e emagrecido.

A esposa angustiada se vê diversas vezes em situações extremas, como por exemplo, a saída da sonda de gastrostomia, e situações em que é a única pessoa disponível para cuidar do paciente e ainda cuida do neto de sete anos, com todas essas atribuições se sente impotente, angustiada e ansiosa, busca apoio na família e em suas crenças e remédios tidos pela crença popular como curativos do câncer, faz de tudo para ver uma melhora, mesmo que pequena no seu esposo, não sabe mais no que acreditar, tirou licença do trabalho e se dedica exclusivamente ao cuidado.

Figura 6 – Narrativas escolhidas para trabalhar a Situação Problema da Oficina II

Fonte: Dados da pesquisa, HU-UFGD, 2015.

Os participantes de forma dialógica e dialética desenvolveram as estratégias educacionais norteados pelo espiral construtivista, seguindo as seguintes etapas: realizaram a leitura das narrativas; discutiram a problemática implícita e explícita nas mesmas; identificaram e listaram os problemas; formularam explicações; elaboraram questões de aprendizagem que subsidiaram buscas de novos conhecimentos e informações; construíram novos significados e avaliaram todo o processo de aprendizagem (LIMA et al, 2013).

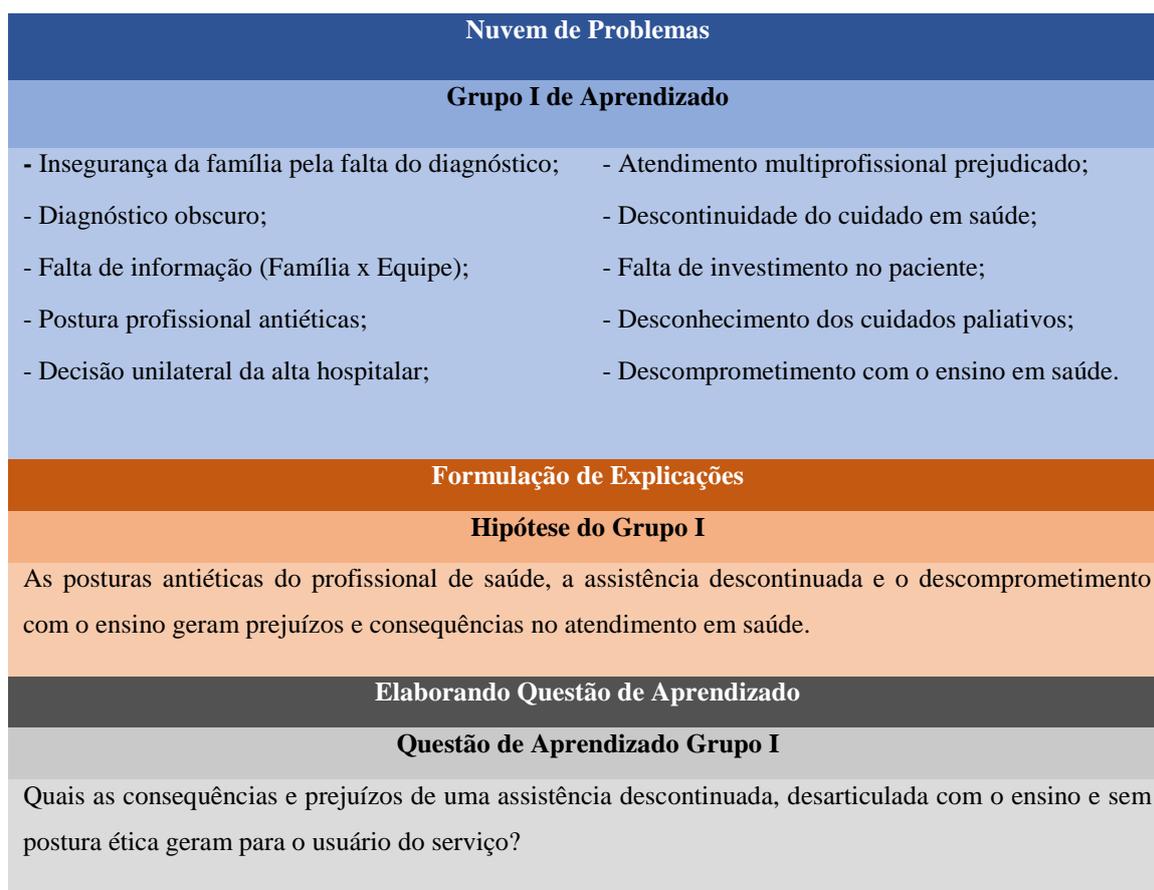


Figura 7 – Síntese Provisória Grupo I – Narrativa - “Boas Festas”.

Fonte: Dados da Pesquisa, HU-UFGD, 2015.

O Grupo I de aprendizagem discutiu e elaborou a situação problema através do disparador de aprendizagem a narrativa “Boas Festas”. A construção do processo foi inovadora para o grupo, fato evidenciado várias vezes na roda de conversa. Destacaram a importância do método que resgata as vivências prévias, muitas vezes mal elaboradas pelo indivíduo e com a oportunidade de ser compartilhada em um espaço protegido, ético e científico, favorecendo para neutralidade dos sentimentos negativos que a mesma tenha disparado.

São essas reflexões que potencializam o método ativo de ensino e aprendizagem, incluindo o indivíduo como um todo no processo educacional, dando significado ao aprendido.

O Grupo I mostrou-se satisfeito e incentivado com a questão de aprendizagem proposta. Os participantes destacaram a importância do aprofundamento teórico diante dos conteúdos sugeridos para o estudo como: postura ética e moral no exercício da profissão em saúde, assistência integral com inclusão do ensino em saúde e atendimento multiprofissional em saúde.

A nova síntese do Grupo I de aprendizado trouxe grandes desafios educacionais, fundamentados pela literatura científica dos conteúdos construídos e sugeridos pela situação problema, modificando assim a assistência em saúde tornando-a mais integrativa e resolutiva.

O Grupo II também desenvolveu a situação problema com disparador a narrativa que retrata uma vivência prévia de um participante escolhido e compartilhado com todo o grupo, conforme descrito na Figura 8.

Nuvem de Problemas	
Grupo II de Aprendizado	
- Personalidade Forte;	- Gastrostomia;
- Não aceitação da condição de incapacidades;	- Intenso estado catabólico – emagrecimento;
- Moradias distantes de recursos sociais;	- Câncer e metástase;
- Adesão ao tratamento de quimioterapia;	- Impotência, angústia e ansiedade no enfrentamento da doença terminal;
- Dieta enteral artesanal;	- Interferência das crenças populares no tratamento;
- Dedicção exclusiva;	
- Sobrecarga do cuidador;	
- Efeito colateral das medicações;	
Formulação de Explicações	
Hipótese do Grupo II	
- A dedicação exclusiva do cuidador pode gerar a sobrecarga do cuidador levando ao sentimento de impotência, angústia e ansiedade;	
- As crenças populares podem ser um empecilho a adesão ao tratamento;	
- A debilidade do câncer e a metástase podem gerar a não aceitação de sua condição;	
Elaborando Questão de Aprendizado	
Questão de Aprendizado Grupo II	
- Quais são as alternativas possíveis para minimizar a sobrecarga do cuidador física e emocional?	
- De que forma as crenças populares interferem na adesão ao tratamento?	
- O que pode gerar a não aceitação da sua condição no paciente com incapacidade funcional?	

Figura 8 – Síntese provisória Grupo I – Narrativa II

Fonte: Dados da Pesquisa, HU-UFGD, 2015.

O Grupo II evidenciou mais fortemente as DCNT trazendo consigo discussões frente à patologia em si, o enfrentamento da doença – paciente/família, o desconhecimento do processo patológico e evolução da doença, a sobrecarga do cuidador e as interferências religiosas e populares no processo saúde-doença.

A situação problema foi amplamente discutida por todo o Grupo, observou-se número considerável de problemas levantados, hipóteses formuladas e questões de aprendizagem desenvolvidas. Contexto que retratou a necessidade de todos em ampliar o conhecimento frente aos conteúdos disparados pela narrativa.

A nova síntese do Grupo II foi desafiadora e complexa, trouxe a reflexão de todo o processo de adoecimento de uma DCNT retratado pelo câncer no contexto físico, psíquico e social.

O **quarto encontro** da Oficina II vem com o propósito de responder as questões de aprendizagem construídas na situação problema do encontro anterior, embasadas pelas narrativas vivenciadas pelos profissionais participantes do projeto. Segue abaixo o desenvolvimento da nova síntese construída pelo o Grupo I e posteriormente a nova síntese construída pelo Grupo II. A discussão do Grupo I de aprendizado iniciou com a leitura da primeira questão de aprendizagem, descrita logo abaixo. Vale destacar que a denominação grupo se retrata ao Grupo I até o término da discussão da nova síntese do Grupo I.

- Quais as consequências e prejuízos de uma assistência descontinuada, desarticulada com o ensino e sem postura ética geram para o usuário do serviço?

As discussões foram embasadas em artigos científicos, periódicos, manuais ministeriais, dissertações e teses. O conhecimento foi construído pela troca de saberes com a participação de todos os atores formando um saber coletivo diante do conteúdo escolhido, sendo descrito abaixo as principais discussões, organizada por eixo de discussão.

A roda de conversa foi conduzida pelo facilitador em dois eixos de discussão:

- Postura ética e moral no exercício da profissão em saúde.
- Assistência integral com característica multiprofissional na inclusão do ensino em saúde.

Diante do primeiro eixo de discussão o Grupo de Aprendizado destacou na literatura atual várias reflexões e argumentações referentes à ética para os profissionais da saúde. O primeiro movimento do grupo foi de revisar o conceito.

Koerich et al (2005, p 107), apresenta o conceito de ética como,

uma palavra de origem grega “éthos” que significa caráter e que foi traduzida para o latim como “mos”, ou seja, costume, daí a utilização atual da ética como a “ciência da moral” ou “filosofia da moral” e entendida como conjunto de princípios morais que regem os direitos e deveres de cada um de nós e que são estabelecidos e aceitos numa época por determinada comunidade humana. A ética se ocupa com o ser humano e pretende a sua perfeição por meio do estudo dos conflitos entre o bem e o mal, que reflete sobre o agir humano e suas finalidades.

Segundo Gomes (2009, p.01),

a ética constitui-se no princípio e fim da própria vida, na medida em que se torna o próprio sentido da existência, a razão essencial de ser e haver, o motivo pelo qual a existência se relaciona com o todo, pelo qual se transforma e por sua vez transforma o próprio meio como agente e sujeito dessa mudança. A ética vem a ser, sob este prisma interessante, o tecido conjuntivo das profissões da saúde, ou o plasma germinativo da conduta que oferece o sentido benemerente da ação e preenche os vazios do conhecimento aplicado ao exercício dos profissionais da saúde, além de resguardar o bem maior da vida, acima da própria vontade humana.

Ampliando um pouco mais essa discussão Koerich et al (2005, p.107) discutem o ser ético,

Para as teorias éticas, o desejável é o “ser”: ser livre e autônomo, o ser que pondera seus atos no respeito ao outro e no direito comum; ser que age para a benevolência e a beneficência, que pratica o bem e não o nocivo; o ser que exercita a justiça, que avalia atos, eventos e circunstâncias com a razão e não distorce a verdade; o ser virtuoso no caráter, solidário, generoso, tolerante, que ama a liberdade e o justo.

No artigo descrito por Gomes (2009) discutiu-se o que ele destaca como objetivos de apreender ética nas escolas da área da saúde, além de sua importância, sendo eles o reconhecimento de valores na formação da consciência profissional.

Na ética axiológica representa um atributo de consciência ou elemento formador do caráter particularmente dos valores morais, que oferece ao indivíduo a polaridade pelo bem ou pelo mal, pelo certo ou pelo errado, pelo falso ou verdadeiro. Responde pela maior ou menor aptidão para a opção natural de conduta motivada por princípios. Os princípios são pontos de apoio indispensáveis à consecução do discernimento para a conduta de relação com o semelhante, ou com o meio ambiente. Consideram-se como princípios fundamentais: a justiça, a bondade, o respeito, a autonomia, a beneficência, não maleficência, solidariedade, sigilo, preservação da vida (humana/ambiental), índole para alívio do sofrimento (GOMES, 2009, p.03).

Enfim, o objetivo dos profissionais de saúde em apreender ética em sua base de formação segundo Gomes (2009, p. 3) “vem a ser inculcar valores, moldar o caráter, promover os princípios essenciais e alcançar como resultado a modelagem das virtudes, mínima e consistente, para uma conduta profissional adequada”.

Diante de tais contribuições o grupo ampliou a discussão e destacaram a importância do conhecimento da bioética para os profissionais de saúde.

Neste contexto a bioética pode ser compreendida como:

o estudo sistemático de caráter multidisciplinar, da conduta humana na área das ciências da vida e da saúde, na medida em que esta conduta é examinada à luz dos valores e princípios morais”. O comportamento ético em atividades de saúde não se limita ao indivíduo, devendo ter também, um enfoque de responsabilidade social e ampliação dos direitos da cidadania, uma vez que sem cidadania não há saúde (KOERICH et al, p. 106, 2005).

Ficou evidente a necessidade do grupo de aprendizado em discutir e afirmar a importância do profissional de saúde agir com respeito, responsabilidade, solidariedade, sigilo, como também, respeito à vida, obedecendo assim, os princípios éticos já descritos acima. Essa reflexão e necessidade de conhecimento foi disparada pela narrativa “Boas Festas”, no qual o Grupo Identificou em sua vivência, profissionais com posturas inadequadas que não obedecem esses princípios.

Prosseguindo nessa construção o grupo de aprendizado destacou ainda, os princípios da bioética na abordagem de conflitos morais e dilemas éticos na saúde, sustentado em quatro princípios, beneficência, não maleficência, autonomia e justiça ou equidade:

O princípio da beneficência relaciona-se ao dever de ajudar aos outros, de fazer ou promover o bem a favor de seus interesses. Reconhece o valor moral do outro, levando-se em conta que maximizando o bem do outro, possivelmente pode-se reduzir o mal. Neste princípio, o profissional se compromete em avaliar os riscos e os benefícios potenciais, individuais e coletivos; e a buscar o máximo de benefícios, reduzindo ao mínimo os danos e riscos. O princípio de não maleficência implica no dever de se abster de fazer qualquer mal para os clientes, de não causar danos ou colocá-los em risco. O profissional se compromete a avaliar e evitar os danos previsíveis. O princípio da Autonomia, o terceiro princípio, diz respeito à autodeterminação ou autogoverno, ao poder de decidir sobre si mesmo. Preconiza que a liberdade de cada ser humano deve ser resguardada. O princípio da justiça relaciona-se à distribuição coerente e adequada de deveres e benefícios sociais (KROERICH et al, 2005, p.111).

Diante destas discussões fundamentadas pelas buscas do grupo no objetivo de novos significados, o Grupo de Aprendizado resgatou a questão de aprendizagem no qual questionou: Como a falta ética profissional interfere na assistência em saúde? Os próprios princípios descritos anteriormente mostram os prejuízos e as consequências que um profissional da saúde pode exercer na assistência caso não obedeçam aos princípios éticos e bioéticos.

São inúmeros os prejuízos que um profissional de saúde desenvolve caso não exerça suas funções obedecendo aos princípios éticos e bioéticos. Neste contexto Kroerich et al (2005, p.111) contribuem ainda dizendo que “o profissional de saúde deve evitar qualquer situação que signifique riscos para o mesmo e verificar se o modo de agir não está prejudicando o cliente individual ou coletivamente, se determinada técnica não oferece riscos e ainda, se existe outro modo de executar com menos riscos”.

Diante de uma ampla discussão fundamentada pela busca de literaturas, o grupo de aprendizado destacou a importância dos profissionais de saúde ter domínio em sua prática profissional de preceitos e princípios éticos e bioéticos básicos seja através da formação básica como também através da educação permanente. Enfatizaram ainda, que

esses conhecimentos são importantes para a manutenção e embasamento de uma prática, justa, humana, acolhedora, e que garanta a autonomia dos atores envolvidos, sejam profissionais ou usuários.

Muito pertinente à reflexão do primeiro eixo de discussão que trouxe como enfoque os princípios éticos e bioéticos na saúde e suas influências.

O segundo eixo de discussão do Grupo de Aprendizado foi a assistência contínua e integral com características multiprofissionais, guiado pela questão de aprendizado que interroga:

- De que forma a assistência descontinuada, desarticulada com o ensino geram consequências ao usuário do serviço?

O Grupo de Aprendizado destacou literaturas que fundamentam a assistência integral a saúde, conteúdo já discutido nos encontros anteriores principalmente na oficina de cuidado em saúde.

No levantamento bibliográfico exposto e discutido por Silva e Sena (2008) são destacados várias vezes pelos participantes. Os autores contribuem definindo a integralidade na atenção na mesma concepção dos princípios do SUS, no qual orientam políticas e ações programáticas que respondam às demandas e necessidades da comunidade no acesso à rede de atenção a saúde, incluindo a complexidade e as especificidades de diferentes abordagens do processo saúde-doença e dimensões, biológica, cultural e social do ser cuidado.

Silva e Sena (2008, p.55) reforçam que a integralidade significa “estabelecer uma prática de saúde entendendo o processo saúde-doença e o ser humano inserido nesse processo influenciado por valores, crenças, determinações políticas, econômicas e sociais”.

Segundo Machado et al (2007, p.336) o atendimento integral em sua concepção, “extrapola a estrutura organizacional hierarquizada e regionalizada da assistência de saúde, se prolonga pela qualidade real da atenção individual e coletiva assegurada aos usuários do sistema de saúde”.

Nesta perspectiva a discussão caminha em duas vertentes importantes: a estrutura organizada e hierarquizada que garantem a continuidade assistencial e o cuidado integral garantido pelo atendimento multiprofissional, interdisciplinar e transdisciplinar.

Diante dessa discussão Machado et al (2007, p.337) entendem a integralidade,

no contexto do cuidado de pessoas , grupos e coletividade percebendo o usuário como sujeito histórico, social e político, articulado ao seu contexto familiar, ao meio ambiente e à sociedade na qual se insere. Neste cenário se evidencia a importância de articular as ações de educação em saúde como elemento produtor de um saber coletivo que traduz no indivíduo sua autonomia e emancipação para o cuidar de si, da família e do seu entorno. Com base nesta compreensão, o estudo busca refletir acerca do princípio da integralidade como eixo norteador das ações de educação em saúde.

Silva e Sena (2008, p.55) afirmam que a construção do cuidado integral em saúde implica “assumir o agir em saúde como princípio educativo em uma nova forma de aprender/ensinar em saúde, que rompe com o saber formatado e descontextualizado”. Ressaltam ainda, a necessidade do ensino também ser integral e interdisciplinar, guiados por referenciais críticos e reflexivos permitindo a formação voltada para o ser humano na sua subjetividade.

Segundo Machado et al (2007) para a realização de uma assistência integral, obrigatoriamente as práticas devem ser executadas através do trabalho em equipe, desde o processo de formação do profissional de saúde. Além da necessidade de lançar estratégias que favoreçam o diálogo e a troca de saberes, como também, ações multiprofissionais, interdisciplinares e transdisciplinares na promoção da saúde contemplando as necessidades individuais e coletivas da população.

Os autores ampliam essa discussão dizendo que,

a construção do processo educativo em saúde que atenda ao princípio da integralidade como eixo norteador das ações de saúde requer a participação ativa da população na leitura e reflexão crítica de sua realidade, das estruturas socioeconômicas como constituintes de acessos na busca por condições humanas dignas, como sujeito histórico e social, possuidor em sua dimensão holística de interfaces integradas e permeadas pelo processo autônomo das descobertas e inquietações frente ao modo de viver em sociedade exercendo sua cidadania (MACHADO et al, 2007)

A assistência integral, contínua e articulada envolvendo todos os níveis de atenção é a base sólida para uma assistência efetiva, resolutiva e de qualidade. Uma vez exercida sem essa orientação traz inúmeras consequências para a população usuária do

serviço. Uma das reflexões realizada na construção do conhecimento pelo Grupo I é a necessidade de fortalecimento de programas que potencialize essas práticas garantindo a melhoria da saúde coletiva do país. Reforçam ainda, a implementação desses conteúdos nos processos de formação em saúde, seja eles ofertados na formação básica como também especializada, contínua e permanente, ação que amplia de forma significativa o olhar holístico e integral dos profissionais de saúde diante do processo de cuidado.

A assistência em saúde deve ser construída e planejada obedecendo aos princípios do SUS, de forma multiprofissional, interdisciplinar e transdisciplinar. Não se alcança um cuidado integral em saúde sem a participação de todos os atores desse contexto, considerando suas dimensões biológicas, culturais e sociais.

O Grupo II de aprendizado desenvolveu a estratégia educacional na mesma dinâmica do Grupo I. Adquiriu conhecimento pela busca de novos significados na literatura, disparado pelas questões de aprendizagem construídas no encontro anterior, parte da construção da situação problema listada na figura 8. Vale ressaltar que a denominação de grupo passa a retratar as discussões do Grupo II, até o término da nova síntese do Grupo II.

A literatura consultada foi discutida em roda de conversa, iniciada com a leitura das seguintes questões de aprendizagem:

- *Quais são as alternativas possíveis para minimizar a sobrecarga do cuidador física e emocional?*
- *De que forma as crenças populares interferem na adesão ao tratamento?*
- *O que pode gerar a não aceitação da sua condição no paciente com incapacidade funcional?*

Diante dos disparadores de aprendizado listados acima o facilitador conduziu a roda de conversa com três eixos de discussão, sendo eles:

- Sobrecarga do cuidador em saúde.
- Influência das crenças populares na adesão a tratamento de saúde.
- Processo de aceitação da condição do paciente frente a incapacidade funcional.

O primeiro eixo de discussão já foi dialogado e fundamentado anteriormente pelo Grupo de Aprendizado na primeira oficina de cuidado em saúde. O Grupo II ressaltou a importância de resgatar a discussão diante da vivência explícita pela situação problema que retrata de forma prática a sobrecarga do cuidador diante de um familiar com uma doença crônica irreversível e incurável.

A roda de conversa evidenciou vários autores que retratam esse conteúdo e a responsabilidade do serviço de saúde. Destacam-se os dois manuais ministeriais específicos para orientação dos agentes cuidadores.

O primeiro é o “Guia prático do cuidador” publicado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2009a). Referência importante para a sociedade cuidadora que enfoca conteúdos relevantes com orientação tanto para o usuário como para os profissionais afins. O guia em destaque apresenta conteúdos relacionados ao cuidado em saúde, o agente cuidador, a relação do cuidador com a equipe da saúde, a família e a pessoa a ser cuidada; apresenta todos os serviços disponíveis, os benefícios sociais, além de passo a passo de cuidados biológicos, psicológicos e sociais que o cuidador pode enfrentar no cotidiano do cuidado.

A segunda referência destacada na discussão do grupo foi o “Manual do cuidador da pessoa idosa” (BRASIL, 2008b) publicado pela Secretaria Especial dos Direitos Humanos, no qual aborda conteúdos relacionados aos direitos e políticas públicas relativas à pessoa idosa; o cuidador no seu contexto de formação e responsabilidades; os cuidados aproximados às incapacidades funcionais e DCNT; ações de promoção, proteção, recuperação e de reabilitação.

Uma das grandes reflexões do Grupo II de aprendizado está relacionada a sobrecarga do cuidador diante do processo de cuidar ofertado em uma necessidade familiar ou até mesmo profissional. A aproximação dos participantes com a temática tornou-se explícita na produção da narrativa que abordou esse conteúdo. Os participantes enfatizaram a necessidade de se voltar o olhar para o cuidador, protegendo dos disparadores de estresse e sobrecarga que lhe é exigido. A sobrecarga do cuidador é uma preocupação da comunidade em geral e atualmente discutida na sociedade científica, preocupados com o repetitivo sofrimento físico, psíquico e emocional que o agente cuidador vivencia em sua prática laboral.

Segundo Delalibera et al (2015, p. 2732),

o aumento da expectativa de vida e o desenvolvimento de meios cada vez mais eficientes para tratar as doenças, as pessoas hoje sobrevivem muito mais tempo e o papel do cuidador se tornou fundamental. Porém, os cuidadores recebem pouca formação ou preparação para cuidar e são envolvidos em muitas atividades para a manutenção do bem-estar do seu familiar, como: gestão e administração de medicamentos, alimentação, cuidados físicos, transporte e administração das tarefas domésticas.

Segundo Santos (2011a, p. 161) “a sobrecarga do cuidador é definida como o conjunto de problemas físicos, psicológicos, emocionais, sociais e financeiros experimentados por aqueles que cuidam de pacientes com algum tipo de comprometimento”. Fato que pode afetar diretamente na qualidade de vida dos cuidadores uma vez que cuidar de um familiar exige disponibilidade, tempo e dedicação (DELALIBERA et al, 2015).

Bracciali et al (2012) destacam que a sobrecarga pode ser vista como um conceito multidimensional que abrange as esferas biológicas, psicológicas e sociais, resultado de algumas variáveis como: tempo disponível para o cuidado, recursos financeiros, condições psicológicas, físicas e sociais, atribuições e distribuição de papéis.

Diante destas contribuições o grupo discutiu a importância de estratégias de cuidado para o agente cuidador tanto no âmbito hospitalar nos períodos de internações quanto no domicílio, implementado neste contexto por profissionais da atenção básica. Mais uma vez a residência multiprofissional de saúde foi citada como estratégia de apoio a estas equipes, por constituir-se de profissionais de várias áreas do conhecimento, facilitando assim o planejamento de um cuidado integral seja para o paciente como para o cuidador.

O Grupo de Aprendizado destacou alguns estudos que confirmam os prejuízos da sobrecarga do cuidador, fato que responsabiliza a equipe de saúde na identificação desses sinais para acompanhamento e tratamento.

Segundo Delalibera et al (2015, p. 2732),

inerentes à prestação de cuidados, os cuidadores poderão apresentar ansiedade e depressão, estresse e tensão, privação de sono, redução da qualidade de vida, sentimento de impotência, desamparo, dificuldades financeiras decorrentes de possíveis alterações no emprego e gastos médicos. Podendo também, ficar mais isolados socialmente e apresentar dificuldades para gerir o trabalho fora de casa e os cuidados com o familiar doente.

Santos (2011a, p. 161) discute que,

é comum o desconhecimento sobre como lidar adequadamente com o familiar que exige cuidados, surgindo à necessidade de orientação e suporte. O cuidador pode ser conduzido ao estresse crônico e ao isolamento social, o que incrementa os riscos de patologias físicas e mentais, como depressão, ansiedade e *burnout*. Portanto, o cuidador também se torna foco de cuidado, recebendo cada vez mais atenção dos profissionais e serviços de saúde.

Segundo Cardoso et al (2012, p.514) “podem ser fatores relacionados a níveis mais elevados de sobrecarga a falta de suporte social, alto nível de dependência funcional dos pacientes, baixa escolaridade dos pacientes e familiares, estratégias ineficientes de enfrentamento”.

Neste contexto, as reflexões geradas pelo Grupo de Aprendizado voltam-se a assistência necessária ao cuidador. Santos (2011a) afirma que as intervenções direcionadas ao cuidador devem contemplar uma assistência psicológica, educacional, social e terapêutica; capaz de identificar o diagnóstico, como também a sua compreensão e aceitação. São intervenções que requer empenho da equipe assistencial que assiste o cuidador, alicerçadas em ações multiprofissionais e interdisciplinares.

A construção desses conteúdos desenvolveu conhecimento específico no grupo trazendo reflexões importantes para a prática profissional e educacional, no qual buscaram na literatura artigos que aproximasse do conteúdo diante da sobrecarga do cuidador, relevante na abordagem de práticas educativas para cuidadores e familiares de pacientes com incapacidade funcional e DCNT. A revisão bibliográfica pesquisada fundamentou o conhecimento das principais causas que desencadeiam a sobrecarga do cuidador e suas consequências, além de trazer alternativas terapêuticas que evitam e amenizam esse fator de risco.

O segundo eixo de discussão abordado pelo Grupo II relacionou-se à interferência das crenças populares na saúde, conteúdo pouco presente na literatura, fator explícito na discussão. A construção do conhecimento iniciou dialogando novamente sobre a integralidade do cuidado, considerando o saber popular na assistência em saúde, o indivíduo como um todo, inserido no seu contexto biológico, psicológico, social e cultural. Nesta perspectiva o modelo assistencial de saúde centrado na doença, denominado de biomédico, não consegue apresentar resultados satisfatórios para o desenvolvimento de uma assistência integral, surgindo então à necessidade de

uma prática assistencial mais próxima das necessidades da comunidade denominada de práticas baseadas no saber popular.

Segundo Barbosa et al (2004, p.38),

o uso de práticas baseadas no saber popular não se encontra apenas na falta de esclarecimento ou de recursos financeiros por parte da população. Mesmo em grandes centros urbanos e em classes socialmente mais elevadas, crenças e práticas baseadas no saber popular e em experiências empíricas são adotadas como recursos destinados à manutenção da saúde ou cura de doenças. Essas práticas se justificam principalmente por meio da crença na ação terapêutica dos recursos utilizados.

Diante deste contexto, evidencia-se atualmente a necessidade de assistir a saúde de forma diferenciada com modelos assistenciais considerando todo o contexto que o indivíduo está inserido, suas dimensões sociais, culturais e espirituais (BARBOSA et al, 2004).

Segundo Costa e Gualda (2010) os comportamentos de uma população perante seus problemas de saúde, incluindo a utilização dos serviços médicos disponíveis, são construídos e partilhados a partir de universos socioculturais específicos. As ações que não valorizam os aspectos culturais da população na área da saúde, por parte dos agentes/proponentes das políticas públicas, contribuem para a pouca adesão dos usuários às ações ofertadas pela atenção primária no Brasil (MELO, 2012).

Segundo Melo (2012, p. 22)

a reorganização das ações de saúde, por parte dos serviços, deve levar em consideração não só a cultura dos usuários, mas também a dos próprios trabalhadores e suas condições de trabalho, como também o incentivo a pesquisa na área de promoção da saúde, discussões acadêmicas que englobem o ser humano e a capacitação das equipes de saúde no sentido de desenvolver uma escuta mais cuidadosa de seus usuários.

Diante desta discussão, o planejamento da assistência em saúde deve considerar as questões biológicas, culturais, psicológicas e sociais da população. A adoção de terapias alternativas na assistência à saúde pode favorecer o alcance de melhores resultados no que diz respeito ao processo saúde-doença. Fatos que se

tornaram crescentes nos últimos anos por valorizar o indivíduo em todas as suas dimensões, instituindo ações menos agressivas (BARBOSA et al, 2004).

Neste contexto Teixeira e Oliveira (2014, p. 1351) destacam,

o desafio de construção de um sistema público de saúde mais democrático, capaz de ouvir a população e de cuidar das pessoas enquanto sujeitos, enfrentando as causas das doenças e articulando atores que possibilitem a intersetorialidade; e o desafio de implementar a exigência ética de reconhecimento e fortalecimento das práticas populares tradicionais e integrativas de saúde como formas de atenção à saúde que precisam de reconhecimento nas políticas públicas para repensar as políticas de saúde, deixando de serem vistas como práticas marginais e tornando-se, enfim, legítimas ao dar centralidade ao cuidado.

Por fim o grupo destacou a importância de ações integrativas em saúde com inclusão do saber popular, incluindo o indivíduo, a família e a comunidade, no enfrentamento do processo saúde-doença como também em ações de promoção da saúde. Diante da construção do conhecimento realizado pela busca de literatura que respondesse a questão de aprendizagem disparada pelo grupo, as crenças populares são de fato, fatores importantes na adesão de qualquer terapêutica como também em ações em todos os níveis de atenção.

O eixo de discussão do Grupo II de aprendizado discutiu o questionamento do enfrentamento da doença e suas potenciais sequelas funcionais, denominada aqui de incapacidades funcionais.

O enfrentamento da doença e das prováveis incapacidades que o processo patológico pode desencadear são uns dos assuntos discutidos na elaboração dessa nova síntese. O Grupo II de aprendizado levantou para a roda de conversa essa discussão interrogando, quais as consequências da má elaboração da doença e suas prováveis incapacidades?

Uma das literaturas consultadas e discutidas pelos participantes foi de Faria e Seidl (2005, p.382), artigo que discute a religiosidade e enfrentamento no contexto saúde-doença. O modelo teórico de estresse e enfrentamento denominado Modelo Interativo do Estresse define enfrentamento como "esforços cognitivos e comportamentais voltados para o manejo de exigências ou demandas internas ou externas, que são avaliadas como sobrecarga aos recursos pessoais".

De acordo com esse modelo, a seleção das respostas de enfrentamento diante de situações estressantes sofre a mediação de avaliações cognitivas. Na avaliação primária, o indivíduo analisa se a situação é potencialmente desafiadora, prejudicial ou ameaçadora. Na secundária, o indivíduo examina seus recursos disponíveis para enfrentar a situação estressante, buscando alternativas mediante as quais a ameaça ou o dano pode ser contornado ou recompensado. (FARIA e SEIDL, 2005, p.382).

Diante desses pressupostos, os autores classificam as respostas ou estratégias de enfrentamento de acordo com suas funções, destacando como modalidades principais o enfrentamento focalizado no problema e enfrentamento focalizado na emoção.

O enfrentamento focalizado no problema caracteriza-se pelo manejo ou modificação da situação causadora de estresse, com o objetivo de controlar ou lidar com a ameaça, dano ou desafio. Representa estratégias ativas de aproximação em relação ao estressor, como, por exemplo, a solução de problemas. Por sua vez, o enfrentamento focalizado na emoção tem como função primordial regular a resposta emocional causada pela situação-problema com a qual a pessoa se depara, podendo apresentar atitudes de afastamento ou paliativas em relação à fonte de estresse, como negação ou esquiva. Demais estudos mostram ainda a utilização de outras estratégias, como busca de suporte social, busca de práticas religiosas e distração, na tentativa de lidar com os problemas (FARIA e SEIDL, 2005, p. 382).

O Grupo de Aprendizado destacou a importância de estudos aprofundados sobre o tema, pois têm implicações para a prática de profissionais da saúde, em especial, os psicólogos.

O desenvolvimento da estratégia guiado pelas etapas do espiral construtivista gerou conhecimento por meio das experiências e vivências prévias de cada participante, com oportunidade de ampliar o diálogo diante de disparadores discutidos coletivamente (LIMA et al, 2013). O processo de ensino e aprendizagem do encontro foi ancorado nas teorias interacionistas, na metodologia científica, na aprendizagem significativa, na reflexão a partir da prática, no diálogo e em estratégias educacionais apropriadas para o conteúdo, com o processo de narrativas e situação problemas que se mostram eficazes para o aprendizado.

O Grupo de Aprendizado diversificou os conteúdos pretendidos para aprofundamento teórico lançado pelas questões de aprendizagem construídas como disparadoras de busca de novos conhecimentos, no qual discutiram intensamente assuntos diretamente ligados ao cuidado integral em saúde e não necessariamente ao processo biológico da doença, característica presente nos dois grupos de aprendizagem.

Conteúdos importantes foram destacados para aprofundamento teórico, discutidas na literatura atual, sendo eles, o cuidado integral a saúde; a assistência multiprofissional, interdisciplinar e transdisciplinar; a participação de todos os atores sociais no processo de formação, assistência, ensino, gestão e controle social; chamado de quadrilátero da formação. Outros conteúdos como: o processo saúde-doença, enfrentamento do paciente e família frente a uma patologia crônica e sua evolução; a sobrecarga do cuidador e interferências sociais e religiosas na saúde da população, também foram abordados.

A construção do conhecimento utilizando as metodologias ativas de ensino e aprendizagem, juntamente com as estratégias educacionais, a narrativa e a situação problema, foram muito eficazes e resolutivas no movimento de construção do conhecimento. O encontro despertou a reflexão coletiva, o diálogo, o reconhecimento do contexto e de novas perspectivas sendo base para a reconstrução de novos caminhos.

Os participantes efetivamente desenvolveram o espiral construtivista já descrito anteriormente principalmente na estratégia educacional, situação problema e nova síntese. Os encontros oportunizaram o aprofundamento científico de vários assuntos, resgataram vivências anteriores, modificaram práticas e construíram novos significados.

Como facilitador do processo de aprendizagem, foi nítido observar a construção do conhecimento através das estratégias educacionais adotadas, tendo como principal característica o diálogo constante no processo, fator que oportuniza de forma efetiva o aprendizado mútuo e coletivo, aproximando o Grupo de Aprendizado de um saber transdisciplinar. A transdisciplinaridade esteve presente em assuntos importantes e relevantes dentro da atenção à saúde em todos os níveis de cuidado. O aprendizado afirmou e re-significou práticas integrativas de saúde, baseada na ética profissional, responsabilidade, e respeito à autonomia do indivíduo, além de aprofundar o conhecimento diante do cuidado em saúde, a sobrecarga do cuidador e enfrentamento do processo saúde doença.

As práticas educativas em saúde orientada pelas metodologias ativas de ensino e aprendizagem baseiam-se em formas de desenvolver o processo de aprender, utilizando

experiências reais ou simuladas, visando às condições de solucionar, com sucesso, desafios advindos das atividades essenciais da prática social, em diferentes contextos tornando o conhecimento mais efetivo e significativo.

OFICINA III – ABORDAGEM MULTIPROFISSIONAL FRENTE ÀS INCAPACIDADES FUNCIONAIS.

A Oficina III desenvolveu como proposta educacional o aprofundamento científico diante das incapacidades funcionais. As práticas educativas em saúde desenvolvidas até aqui oportunizaram a construção de conhecimento frente a conteúdos importantes para o desenvolvimento de educação em saúde para pacientes, familiares com DCNT e suas incapacidades funcionais.

As estratégias educacionais norteadas pelas metodologias ativas de ensino e aprendizagem aprofundaram conteúdos como: cuidado integral em saúde, agente cuidador e sua sobrecarga, educação em saúde através de práticas educativas e permanentes, como também, a educação popular. O conhecimento foi construído de forma significativa, que subsidiou conhecimento científico base para a realização de uma assistência integral e resolutiva. As oficinas III e IV aproximaram os participantes de conteúdos mais específicos relativos às incapacidades funcionais e a mensuração da capacidade funcional pela MIF.

Como atividade inicial o Grupo de Aprendizado realizou a leitura do Texto 3.0 apresentado no Apêndice 4.0 que introduz o raciocínio aos participantes para reflexão diante das doenças crônicas não transmissíveis e suas potenciais incapacidades funcionais.

A terceira oficina foi constituída por dois encontros que utilizou situação problema como estratégia educacional. O Grupo de Aprendizado destacou pontos importantes, nos quais, discutiram a necessidade de investimentos na formação da saúde e educação permanente, como também em ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde. Ampliaram ainda, a necessidade de investimentos em processos educativos relacionados a conteúdos como às incapacidades funcionais e sua mensuração, itens pouco explorados na formação em saúde e muito vivenciado nas práticas de saúde, principalmente no âmbito hospitalar.

Os participantes identificaram uma lacuna de aprendizado diante da leitura inicial e referente ao instrumento de mensuração da incapacidade funcional. A atividade educacional encaminhou o grupo para discussão específica de conteúdos relacionados a doenças do envelhecimento, DCNT, a incapacidade e independência funcional e sua mensuração pela MIF. O instrumento de Medida de Independência Funcional (MIF) foi apresentado ao grupo de aprendizado que provocou vários questionamentos e indagações. Foi esclarecido que o mesmo seria trabalhado nos próximos encontros detalhadamente como subsídio para investigar a incapacidade funcional da unidade de clínica médica do Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados.

Os participantes do Grupo de Aprendizado levantaram alguns problemas que subsidiaram hipóteses e por fim questões de aprendizagem que dispararam a busca de novos significados construídos na nova síntese descrita no encontro posterior. A síntese provisória está descrita na figura 9.

Nuvem de Problemas	
Grupo I e II de Aprendizado	
- Doenças crônicas e degenerativas;	- Desconhecimento do MIF;
- Sequelas motoras e funcionais;	- Ausência de Cursos de Capacitação referente ao instrumento MIF;
- Formação e educação permanente insuficiente para incapacidade funcional;	- Desinteresse dos profissionais de saúde frente a ações de prevenção e promoção da saúde.
Formulação de Explicações	
Hipótese do Grupo I e II	
- A falta de investimento na formação profissional e em educação permanente referente a doenças incapacitantes contribuem para o despreparo da equipe de saúde.	
- As Doenças Crônicas não Transmissíveis são as principais causas de perda de independência funcional	
Elaborando Questão de Aprendizado	
Questão de Aprendizado Grupo I e II	
- Quais são as ações em saúde necessárias para amenizar a perda da independência funcional?	
- De que forma o instrumento MIF auxilia os profissionais de saúde no manejo das doenças incapacitantes?	

Figura 9 – Síntese Provisória da Oficina III do Grupo I e II.

Fonte: Dados da Pesquisa, HU-UFGD, 2015.

A discussão foi enriquecedora e aproximou os dois grupos diante dos conteúdos base do curso de capacitação, sendo eles, as DCNT, independência funcional e a ferramenta de auxílio para a mensuração da independência funcional. Desenvolveu ainda, disparadores de aprofundamento teórico relacionado ao tema, todas essas ações despertadas pela estratégia educacional adotada.

O facilitador de aprendizado apresentou a MIF conforme Apêndice I. O instrumento foi explicado de forma generalista como uma primeira aproximação do grupo de aprendizado perante as seis dimensões e 18 tarefas avaliadas pela MIF.

A nova síntese foi construída por dois disparadores produzidos no encontro anterior, descritos na figura 9. A busca de referenciais que ampliaram e cientificaram esse diálogo, foi norteada por dois eixos de discussão:

- Ações em saúde que amenizam a perda da independência funcional.
- Utilização do instrumento MIF no manejo de doenças incapacitantes.

A independência funcional é muito discutida com as DCNT e suas incapacidades. As incapacidades funcionais aparecem sempre no processo de evolução de uma patologia degenerativa ou mesmo aguda, principalmente no grupo de DCNT, morbidades do envelhecimento e doenças por causas traumáticas.

A construção do conhecimento do grupo focalizou em aprofundar estratégias que amenizam a perda da independência funcional de pacientes hospitalizados, juntamente com a sua mensuração através do instrumento MIF. A unidade de clínica médica, contexto no qual os participantes estão inseridos, é uma unidade de internação referência de uma macrorregião de municípios principalmente para doenças crônicas, infecto-parasitárias e psiquiátricas, especialidades que favorecem a perda funcional do indivíduo, limitando a sua independência.

Vários autores foram destacados na discussão científica do Grupo. Alves et al (2007) foram um dos principais autores citados por discutir em sua pesquisa, a influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do município de São Paulo, Brasil. Os autores destacam que “o envelhecimento não está, necessariamente, relacionado a doenças e incapacidades, porém as doenças crônico-degenerativas são frequentemente encontradas entre os idosos” (ALVES et al, 2007, p.1924). Fato que vêm de encontro com a discussão do grupo, que dialoga a necessidade

de ações específicas na promoção e prevenção da saúde para esse público, amenizando as potenciais incapacidades relacionada ao envelhecimento.

Alves et al (2007, p. 1924) ampliam essa discussão afirmando que “a tendência atual é termos um número crescente de indivíduos idosos que, apesar de viverem mais, apresentam maiores condições crônicas, e o aumento no número de doenças crônicas está diretamente relacionado com maior incapacidade funcional”.

Neste contexto Rocha et al (2007, p. 449) consideram que,

o envelhecimento é um processo cumulativo, que se torna irreversível, universal, não patológico, em que ocorre uma deterioração do organismo maduro, podendo incapacitar a pessoa para o desenvolvimento de algumas atividade. Logo, percebe-se que a velhice não significa doença, mas um processo natural que ocorre ao longo de toda vida e que inicia a partir do nascimento, sendo, para muitas pessoas, conservado até a idade avançada (ROCHA et al, 2007).

Sob esse aspecto as reflexões do grupo permaneceram na afirmação que, o envelhecimento não exerce uma obrigatoriedade na perda funcional, mas sim forte influência em adquirir morbidades crônicas passíveis de controle. Fato que reforça a necessidade dos profissionais de saúde juntamente com a família, lançar estratégias para controle e prevenção das potenciais incapacidades relacionais ao processo de envelhecimento juntamente com as doenças crônicas.

Outros autores discutem que o envelhecimento traz consigo marcas de doenças, sequelas, declínio funcional, aumento da dependência, perda da autonomia, isolamento social e depressão, marcas que não consideram características da personalidade de cada indivíduo e do contexto socioeconômico em que está inserido. (MOTA et al, 2010).

Neste contexto os participantes ressaltaram a necessidade de conhecimento específico diante do processo de envelhecimento garantindo sua independência funcional através de ações específicas voltadas para o idoso e sua família, reforçaram ainda, o rompimento de tabus que aproximam o envelhecimento com o adoecimento e aumento da dependência como também perda da autonomia.

Sob esse aspecto Alves et al (2007, p.1924) afirmam

a importância de prevenir o desenvolvimento de incapacidades funcionais, pois o comprometimento da capacidade funcional de um

indivíduo tem implicações importantes para a família, a comunidade, para o sistema de saúde e para a vida da própria pessoa, uma vez que a incapacidade ocasiona maior vulnerabilidade e dependência principalmente na velhice, contribuindo para a diminuição do bem-estar e da qualidade de vida.

Diante disso os autores definem incapacidade funcional como,

a inabilidade ou a dificuldade de realizar tarefas que fazem parte do cotidiano do ser humano e que normalmente são indispensáveis para uma vida independente na comunidade. Por sua vez, a capacidade funcional se refere à potencialidade para desempenhar as atividades de vida diária ou para realizar determinado ato sem necessidade de ajuda, imprescindíveis para proporcionar uma melhor qualidade de vida (ALVES et al, 2007, p. 1925).

O processo incapacitante leva a condições crônicas, que envolvem fatores de risco demográficos, sociais, ambientais, psicológicos, estilo de vida, comportamentos e características biológicas dos indivíduos, fatores tanto modificáveis como não modificáveis. A hospitalização e a institucionalização podem gerar processos incapacitantes, influenciando diretamente na perda da dependência funcional e da qualidade de vida. Esses processos podem ser reduzidos através de estratégias em saúde garantindo intervenções na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde (BRASIL, 2006a).

Nesta perspectiva o Ministério da Saúde (BRASIL, 2007a) destaca como desafio para a atenção a pessoa idosa, conseguir visualizar o idoso na sua integralidade contribuindo para a ampliação de possibilidades de viver com máxima qualidade, considerando o seu contexto familiar e social. Nesse mesmo raciocínio o grupo resgata o aprendizado anterior, estudado nos encontros passados, no qual afirma que as ações em saúde devem ser planejadas e executadas de forma multiprofissional, interdisciplinar e transdisciplinar, incluindo todas as instituições seja elas, o ensino, a assistência, a gestão e o controle social, orientados pelo referencial de Ceccim e Feuerwerker (2004).

Diante desse panorama, surge a necessidade de avaliar a funcionalidade do indivíduo considerando fatores, físicos, emocionais, sociais e psicológicos. Segundo o “Caderno de Atenção Básica – Envelhecimento e saúde da pessoa idosa”, a avaliação funcional pode ser compreendida como uma tentativa sistematizada de avaliar, de forma

objetiva, os níveis no qual uma pessoa está funcionando, numa variedade de áreas, utilizando diferentes habilidades. (BRASIL, 2007a).

Surgiu então o questionamento do Grupo: *Qual o instrumento ou estratégia adequado para a mensuração da independência do indivíduo?*

Ainda, orientados pelo Ministério da Saúde (2007a p. 37),

a avaliação funcional pode ser estimada em: a) Atividades de Vida Diária (AVD), que são as relacionadas ao autocuidado e que, no caso de limitação de desempenho, normalmente requerem a presença de um cuidador para auxiliar a pessoa idosa a desempenhá-las; b) Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD) que são as relacionadas à participação do idoso em seu entorno social e indicam a capacidade de um indivíduo em levar uma vida independente dentro da comunidade; c) Medida de Independência Funcional (MIF) que diferentemente dos outros que identificam se a pessoa precisa de ajuda ou não, procura quantificar a ajuda necessária para um bom planejamento assistencial.

Nesta perspectiva, fundamentados pela busca teórica e disparada pela estratégia educacional o grupo se aproximou da necessidade de conhecer e aprender a mensurar a funcionalidade do indivíduo. Afim de, planejar e executar intervenções resolutivas na manutenção da independência do indivíduo considerando todos os aspectos relacionados.

Ferreira et al (2012, p. 515) ampliam essa discussão apresentando em seu estudo o instrumento MIF para a mensuração da independência funcional do indivíduo. Os autores contribuem esclarecendo que a MIF é um teste que quantifica a ajuda necessária para a realização de um conjunto de 18 tarefas e possui itens referentes ao desempenho da pessoa levando em conta seis dimensões:

1 - Autocuidado (alimentação, higiene pessoal, banho, vestir metade superior, vestir metade inferior, utilização do vaso sanitário); 2 - Controles de esfínteres (controle da diurese e defecação); 3 - Transferências (leito, cadeira, cadeira de rodas, vaso sanitário, banheiro, chuveiro); 4 - Locomoções (marcha, cadeira de rodas, escadas); 5 - Comunicações (compreensão, expressão); 6 - Cognições sociais (interação social, resolução de problemas, memória).

Segundo Hoepers et al (2013, p. 11),

o objetivo da MIF é medir o grau de solicitação de cuidados de terceiros que a pessoa com deficiência exige para realização de tarefas motoras e cognitivas. O teste verifica o desempenho da pessoa idosa para a realização de um conjunto de 18 tarefas e consegue quantificar de forma mais objetiva a necessidade de ajuda, ou a dependência parcial, o que facilita a elaboração do projeto terapêutico.

Portanto, a MIF procura quantificar a ajuda necessária, sendo de grande valia para o planejamento assistencial. O instrumento é indicado para a avaliação de idosos ou pacientes portadores de alguma dificuldade funcional, por conter parâmetros importantes relacionados à capacidade funcional.

O grupo de aprendizado discutiu ainda a importância de planejar ações e cuidados terapêuticos, para auxiliar e orientar quem cuida, o qual tem papel tão importante e responsabilidade de proporcionar qualidade de vida aos dependentes, no qual o instrumento MIF subsidia dados que auxilia essas ações e cuidados.

Discutiu-se a necessidade de investimentos específicos na construção de programas, ações ou estratégias, que garantem uma assistência integral ao indivíduo e família, subsidiando uma rede de suporte institucional na construção de um plano terapêutico individual, como também investimentos em educação permanente para os profissionais de saúde envolvidos.

Complementando esse raciocínio, Silveira et al (2011, p. 81) afirmam que,

o instrumento de Medida de Independência Funcional representa grandes benefícios para desempenhar o trabalho dos profissionais de saúde. Identificar o grau de dependência e cuidado que o indivíduo exige é um desafio para realizar o planejamento dos cuidados que devem ser voltados a este. Além de identificar a dependência pode ser utilizado para avaliar a evolução clínica do paciente periodicamente. Para o sistema de saúde o MIF representa benefícios econômicos por ser um instrumento de baixo custo que permite desde o planejamento até a evolução da independência funcional dos indivíduos. Com a conclusão desta pesquisa de revisão sistemática o grupo reconhece a importância da escala e a necessidade do sistema de saúde aderi-la para aperfeiçoar a qualidade do trabalho.

Motivados pelo conhecimento construído o grupo de aprendizado destacou alguns autores que discutem ações e estratégias que amenizam a perda da independência funcional e que garante a autonomia do indivíduo, melhorando assim significativamente a sua qualidade de vida.

Ferreira et al (2012, p. 517) retrataram o envelhecimento ativo e a sua relação com a independência funcional considerando que,

a prática de qualquer atividade e não apenas a física constitui um meio de manter e/ou melhorar a capacidade funcional. Além disso, é capaz de possibilitar uma maior inserção na comunidade, através do fortalecimento de vínculos familiares, de amizade, de lazer e sociais, promovendo mudanças na vida cotidiana, como busca de melhoria da qualidade de vida.

Consideraram ainda que “na atualidade, a prática das atividades físicas é uma das maiores conquistas da saúde pública, entendendo-se a saúde pública como a ciência e a arte de evitar doenças, prolongar a vida e desenvolver a boa disposição física e mental dos seres humanos” (FERREIRA et al, 2012, p. 517).

Neste contexto, o Grupo trouxe o referencial do Ministério da Saúde (2011a) que apresenta o “Plano de Ações e Estratégias para o Enfrentamento das DCNT no Brasil”. O plano lança ações e estratégias para o enfrentamento das DCNT consequentemente amenizam o surgimento de incapacidades funcionais ou perda da independência funcional.

Segundo Ministério da Saúde (2011a, p. 07), o objetivo do plano “é promover o desenvolvimento e a implementação de políticas efetivas, integradas, sustentáveis e baseadas em evidências para a prevenção e o controle das DCNT e seus fatores de risco e fortalecer os serviços de saúde voltados às doenças crônicas”.

O Plano aborda os quatro principais grupos de doenças sendo elas circulatórias, câncer, respiratórias crônicas e diabetes e seus fatores de risco, neste contexto os modificáveis como o tabagismo, álcool, inatividade física, alimentação não saudável e obesidade; e definem diretrizes e ações em vigilância, informação, avaliação e monitoramento, promoção da saúde e cuidado integral (BRASIL, 2011a).

O plano de ações do Ministério da Saúde aproxima muito do questionamento lançado pela questão de aprendizado do grupo, no qual interroga: *Quais as ações em saúde necessárias para amenizar a perda da independência funcional?* O referencial

encontrado discute especificamente o controle das DCNT que conseqüentemente são as mesmas ações utilizadas para controle da perda funcional.

Segundo o Ministério da Saúde (2011a) as principais ações ou estratégias para o enfretamento dessas doenças são de delinear diretrizes e ações em vigilância, informação, avaliação e monitoramento; promoção da saúde e cuidado integral. Neste contexto as ações em vigilância, informação, avaliação e monitoramento são direcionadas para a realização de pesquisas nacionais de saúde, estudos específicos sobre DCNT e digitalização dos dados subsidiando novas pesquisas em todo o território nacional. As ações em promoção da saúde estão direcionadas ao incentivo de atividades físicas como programa de academia da saúde, saúde na escola, praças comunitárias, reformulação de espaços urbanos saudáveis e campanhas de comunicação; alimentação saudável; controle de fatores de risco modificáveis como o tabagismo e álcool e o envelhecimento ativo. Já ao cuidado integral as principais ações são investimento em educação em saúde e assistência integral a saúde.

Atendendo a estas prerrogativas, compreende-se que os profissionais da saúde, inseridos nos programas de saúde pública e rede hospitalar, necessitam desenvolver mais ações focadas a esse público, atentando para as alterações físicas e fisiológicas, advindas do processo de adoecimento, como também às alterações na dinâmica sócio familiar, as quais são determinantes na capacidade funcional e, conseqüentemente, no envelhecimento saudável.

O encontro fortaleceu o aprendizado frente a ações de prevenção, promoção, recuperação e reabilitação da saúde, enfatizou a importância de formação da saúde de forma integrada, envolvendo vários atores no processo incluindo o ensino, o serviço, o controle social e a gestão, denominado de quadrilátero da formação. Destacaram e enfatizaram a necessidade de investimentos em educação permanente em saúde, utilizando as metodologias ativas de ensino a fim de problematizar o aprendizado.

A estratégia educacional mostrou-se potente diante dos conteúdos objetivados pelas práticas educativas; resgatou vivências prévias embasando disparadores de aprendizado e fundamentados pela busca de literaturas atuais, construindo um conhecimento significativo.

As DCNT e as incapacidades funcionais foram bem fundamentadas, destacada a importância da manutenção da independência funcional seja por adoecimento ou envelhecimento. Os profissionais de saúde junto com as instituições de ensino e

gestores devem ampliar ações que garantem essa manutenção, seja no caráter de prevenção, promoção, recuperação e reabilitação da saúde.

Todas essas medidas são para garantir qualidade de vida para pessoas em processo de envelhecimento ou adoecimento por qualquer doença crônica degenerativa. A construção de conhecimento não se limitou a esses conteúdos, a apresentação e entendimento do instrumento MIF despertou o interesse dos participantes de implantá-lo na rotina hospitalar, sendo base de dados para planejamento de ações preventivas, corretivas e de reabilitação. Destacaram ainda, o baixo custo do instrumento e a grande dimensão que o mesmo subsidiaria para as práticas assistenciais de saúde em todos os níveis de atenção.

OFICINA IV – EQUIPE MULTIPROFISSIONAL NA MENSURAÇÃO DA INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL.

A Oficina IV teve como objetivo a capacitação na íntegra da MIF. Solicitou-se a leitura do Livro “Avaliação de Idosos: guia prático para estudantes, profissionais de saúde e pesquisadores” (ALVARENGA et al., 2014), por detalhar item a item o instrumento, suas seis dimensões e as 18 tarefas avaliadas. A MIF mensura a ajuda necessária para a realização de um conjunto de tarefas e possui itens referentes ao desempenho da pessoa com incapacidade, levando em consideração seis dimensões teóricas: I autocuidado (cuidar de si mesmo: alimentação, higiene pessoal, banho, vestir-se); II controle dos esfíncteres; III transferências (capacidade de se transferir do leito para a cadeira e outros locais); IV locomoção; V comunicação (compreensão e expressão de ideias) e VI cognição social (relacionada à interação social).

As tarefas são classificadas em uma escala composta por graus de dependência, em sete níveis. Nível 1 equivale à dependência total. Os níveis 2, 3 e 4 correspondem, respectivamente, à assistência máxima, moderada e mínima. O nível 5 diz respeito à supervisão, estímulo ou preparo, quando é necessária a presença, controle, sugestão ou encorajamento de outra pessoa, sem contato físico. Ou ainda, quando é necessário que outra pessoa prepare os objetos que serão utilizados ou ajude na colocação da órtese. O nível 6 trata da independência modificada, na qual as atividades requerem uma ajuda técnica, adaptação, prótese ou órtese e/ou são realizadas em tempo excessivo. Finalmente, o nível 7 é relativo à independência completa, na qual as tarefas são realizadas sem ajuda técnica e em tempo razoável (ALVARENGA et al, 2014).

Segundo Ministério da Saúde (2007a) para cada subitem o escore varia de 1 a 7. O valor sete indica independência total. Não há escore zero. Os escores totais variam de 18 a 126. Os sub-escores passíveis de utilização são: MIF Motora (varia de 13 a 91) e MIF Cognitiva (de 5 a 35), a classificação da MIF corresponde a:

- I) Dependência completa (requer assistência total) equivale a 18 pontos.
- II) Dependência modificada (necessita de assistência de até 50% na realização da tarefa) equivale de 19 a 60 pontos.
- III) Dependência modificada (necessita de assistência de até 25% na realização da tarefa) equivale de 61 a 103 pontos.
- IV) Independência modificada/completa equivale de 104 a 126 pontos.

A árvore de decisões tem o intuito de facilitar o entendimento dos fluxos do instrumento e para orientar a atribuição do nível de dependência do avaliado. O grupo de aprendizado discutiu a o fluxograma geral da árvore de decisões conforme figura 10. Não houve dificuldade no entendimento da árvore explicativa diante dos dois grupos de aprendizado. O conteúdo foi apresentado em forma de apostila, realizado uma leitura dinâmica mantendo a organização em roda de conversa. Os participantes realizaram a tarefa educacional sem dificuldades.

Medida de Independência Funcional Árvore de Decisões

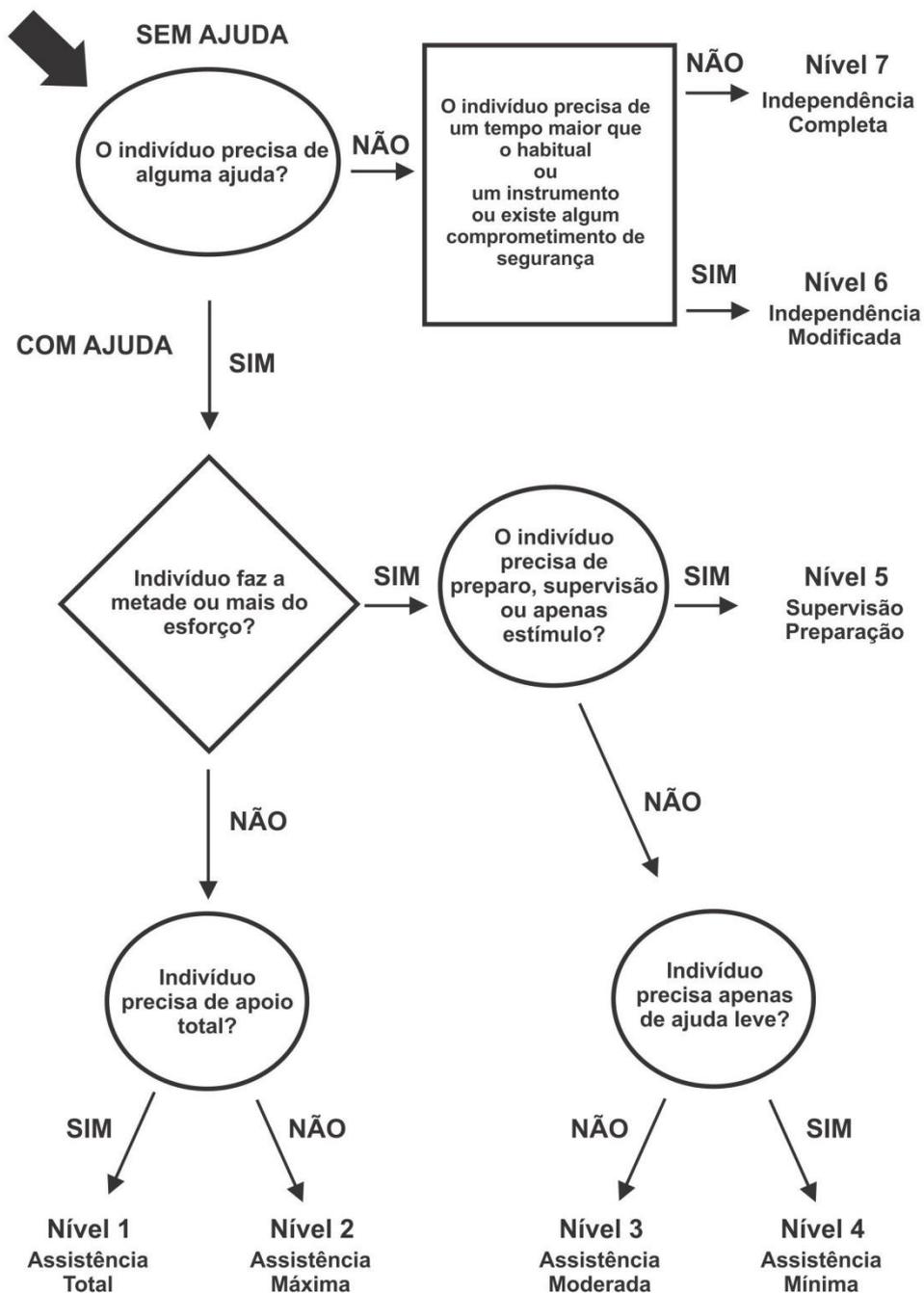


Figura 10 – Árvore de Decisões para identificar o nível de dependência.

Fonte: BRASIL (2007a)

O primeiro encontro da Oficina 4 foi marcado pelo início da capacitação do MIF como base teórica o “Livro de Avaliação de Idosos: guia prático para estudantes, profissionais de saúde e pesquisadores” (ALVARENGA et al, 2014).

Foi um encontro dinâmico, com participação efetiva de todos os envolvidos, avaliado de forma satisfatória por todo o grupo. As tarefas estudadas são de grande importância, no qual avalia o autocuidado do indivíduo e sua dependência referente à alimentação, higiene pessoal e banho.

Segundo Hoepers et al (2013) a MIF teve origem na década de 80 desenvolvida para avaliar a funcionalidade das pessoas, principalmente as em processo de reabilitação, foi validado em português e no Brasil, no início de 2000, sendo um instrumento para padronização de coleta de dados diante de pessoas com perda de funcionalidade.

Após a interpretação do fluxo da árvore de decisão do MIF, iniciou-se o aprendizado da primeira dimensão do instrumento, o autocuidado, iniciado pelas tarefas alimentação, higiene e banho ilustrado no Anexo I nas figuras 11, 12 e 13.

O grupo de aprendizado discutiu as árvores de decisões, trazendo vivências prévias que facilitassem o entendimento do fluxo em um constante diálogo na roda de conversa. Não houve dificuldade no entendimento das árvores. O aprendizado foi realizado na forma de leitura dinâmica, discutida e dialogada coletivamente.

O segundo encontro da capacitação do MIF seguiu a mesma metodologia, com a continuidade da leitura do livro de Alvarenga et al (2014). Realizou-se a leitura das árvores de decisões das tarefas: vestir-se acima da cintura, vestir-se abaixo da cintura e uso do vaso sanitário. A atividade foi realizada de forma dinâmica, em roda de conversa, dialogada e interpretativa. Resgataram vivências prévias relativas às atividades e experiências profissionais e pessoais.

Não houve dificuldade na interpretação desses fluxos, todos conseguiram explicitar um nível de dependência frente aos exemplos dialogados. As tarefas vestir-se acima da cintura, vestir-se abaixo da cintura e o uso do vaso sanitário estão descritas nas figuras 14, 15 e 16 conforme o Anexo I. A Avaliação do encontro foi satisfatória, realizada ao término do encontro, de forma discursiva, avaliando todos os itens do processo de aprendizado sendo eles, a participação individual e coletiva, o facilitador e o conteúdo apresentado.

As tarefas controle de urina e de fezes pertencem à segunda dimensão do instrumento denominada de controle de esfíncteres. As figuras 17 e 18 trazem as duas

árvores respectivamente ao controle de urina e ao controle de fezes. As duas tarefas são subdivididas em duas interpretações parte I e parte II, descritas nas figuras 17.1 e 17.2 para o controle de urina e 18.1 e 18.2 para o controle de fezes.

A parte I da árvore de decisões, controle de urina, é aplicada quando o indivíduo avaliado possui controle total ou parcial da diurese e se utiliza algum dispositivo para esse controle. A árvore de decisões parte II mensura a quantidade de perda urinária e a frequência dessas perdas mensuradas. As figuras 18.1 e 18.2 possuem as mesmas características das árvores de decisões do controle de urina, porém agora avaliando o controle de fezes, onde a árvore de decisões parte I avalia o controle total ou parcial das fezes ou se utiliza algum dispositivo para esse controle, e a parte II se o indivíduo apresenta perda de fezes por controle insuficiente ou dispositivo inadequado.

O Grupo de Aprendizado apresentou um pouco de dificuldade para o entendimento da segunda dimensão do MIF denominado controle de esfínteres. A dificuldade estava centrada quando utilizar a parte I e a parte II das duas tarefas, seja controle de urina ou controle de fezes. Com a releitura detalhada das quatro árvores os participantes conseguiram o entendimento, no qual a parte II só é aplicada se o indivíduo possui algum tipo de perda, seja ela, espontânea ou por uso de algum dispositivo.

A terceira dimensão apresentada no MIF trata-se da avaliação de dependência relativo à mobilidade e transferências. As árvores de decisões mensuram o nível de dependência do indivíduo avaliado nas transferências e mobilidades relativas ao leito, cadeira, cadeira de rodas, vaso sanitário, banheiro e chuveiro. É um eixo importante na avaliação da autonomia do indivíduo, principalmente na avaliação das atividades diárias. As figuras 19, 20 e 21 apresentam as árvores de decisões que avaliam essas tarefas, os mesmos estão apresentados no Anexo I.

A leitura dessas árvores foi realizada seguindo a mesma metodologia das anteriores, dinâmica em roda de conversa, de forma problematizada, no qual os participantes resgatavam as vivências prévias relativas à locomoção e mensuravam um nível de dependência explícita nas árvores de decisões.

Destacaram ainda a dimensão como relevante por estar ligada a locomoção, fator essencial na independência do indivíduo e dificuldade explícita nos familiares, diante de limitações motoras das pessoas a serem cuidadas. Expuseram o cotidiano do ambiente hospitalar, que ações de transferência ou auxílio ao paciente estão muitas vezes restritos

aos profissionais de saúde, atitudes que expressam a dificuldade do cuidador ou familiares perante a transferência e locomoção.

O encontro foi desenvolvido de forma harmônica sem dificuldades no entendimento. Todo o grupo de aprendizado participou efetivamente, em roda de conversa, dialogando sobre as árvores de decisões. A avaliação foi realizada ao término do encontro, como de rotina contemplando todos os eixos avaliativos já descritos acima. A quarta dimensão do MIF apresenta como eixo avaliativo a locomoção, destacadas pelas tarefas marcha, cadeiras de rodas e escadas.

Nesse mesmo movimento o grupo de aprendizado realizou a leitura das árvores de decisões apresentadas nas figuras 22, 23 sendo a quinta dimensão do instrumento MIF que mensura a dependência funcional da Locomoção, representada pelas tarefas de Marcha e Escadas. As figuras 24 e 25 ilustram as duas tarefas pertencentes a dimensão de comunicação sendo elas a compreensão e expressão respectivamente. A tarefa compreensão é avaliada em duas classificações auditiva ou visual, identificando se o avaliado possui alguma dependência na comunicação. A tarefa expressão foi discutida por todo o grupo, finalizando a dimensão de comunicação.

Os participantes enfatizaram a mensuração da comunicação na avaliação funcional, característica importante na autonomia e autocuidado do indivíduo, destacaram a importância de ações voltadas para a reabilitação da comunicação, item pouco investido na assistência em saúde.

A última dimensão estudada foi a de cognição social representada pelas tarefas de interação social, resolução de problemas e memória. Essa dimensão é classificada como MIF cognitiva, implementada na tentativa de não só avaliar a dependência motora, mas também o seu contexto social e seu desempenho diante de tarefas do seu cotidiano, incluindo o poder de resolução de problemas e suas funções cognitivas relacionadas à memória.

Avalia o desempenho e habilidade que a pessoa lida com as suas próprias necessidades em simultâneo com as dos outros; avalia tomada de decisões seguras ou com alguma adaptação, incluindo as tarefas sociais, financeiras e pessoais, além de iniciativas para corrigir tarefas e atividades para resolução de problemas; e finaliza com a avaliação da capacidade de recordação e lembrança durante a vida corrente, memória referente a informações verbais ou visuais.

A MIF cognitiva é avaliada através de três tarefas já descritas acima, representadas pelas figuras 26, 27 e 28 avaliando respectivamente através das árvores de decisões a interação social, resolução de problemas e memória.

Ao término do encontro realizaram a avaliação, diante do fechamento do instrumento MIF, identificaram a necessidade de aplicar a ferramenta para uma discussão aprofundada e vivenciada pelo exercício de aplicação e avaliaram o encontro como muito produtivo.

O instrumento MIF foi destacado na avaliação como uma ferramenta tecnicista, porém completa, anseiam a disposição do tempo de aplicação devido à extensão das árvores de decisões, porém classificaram o conteúdo como pertinente, adequado e modificador no processo de cuidar.

Como complemento do aprendizado do MIF os participantes realizaram a aplicação do instrumento MIF em suas seis dimensões, norteado pelas árvores de decisões no estudo de caso descrito na Figura 29, presente no livro: “Avaliação de idosos: guia prático para estudantes, profissionais de saúde e pesquisadores” (ALVARENGA et al, 2014).

A atividade educacional foi importante para esclarecimento individual e coletivo quanto à aplicabilidade do instrumento, gerando reflexão diante da prática de trabalho e até mesmo um planejamento para incorporá-lo nesse processo. Diante de uma extensa discussão os dois grupos chegam a um resultado consenso sendo ele o score 94, sendo pontuado a MIF motora 67 e MIF cognitiva 27. Concluindo que Margarida, senhora avaliada no estudo de caso recebe uma avaliação de dependência modificada, no qual ela necessita de 25% de ajuda na MIF motora, podendo-se dizer que ela é dependente para autocuidado.

A avaliação final do instrumento MIF é muito importante, pois são resultados que embasam um planejamento assistencial garantindo a manutenção da independência funcional, evitando a piora e se possível recuperação de sua independência. O processo avaliativo ao término do encontro foi realizado como de rotina de nossos encontros. O grupo de aprendizado avaliou satisfatoriamente todos os itens avaliativos.

O aprendizado caminha para o término da capacitação no qual subsidiou conhecimento específico diante de temáticas importantes para uma assistência em saúde de qualidade e integral. Os estudos iniciaram-se na discussão e fundamentação de conteúdos importantes como: cuidado em saúde, destacando a rede de cuidado integral e

o agente cuidador; as DCNT e suas incapacidades, e a importância de mensurar a independência do indivíduo subsidiando estratégias e ações preventivas em saúde.

Ao sair do hospital, Margarida tinha dificuldade para se alimentar sozinha, e ainda continua precisando que alguém corte os alimentos, portanto, necessita de ajuda eventual (considerar que alguém ajuda minimamente). Realiza higiene pessoal com ajuda para pentear os cabelos. Na hora do banho alguém precisa ajudá-la a secar as pernas e os pés (considerando 10% para cada parte, Margarida só realiza 60% da atividade) e vestir-se por causa da hemiparesia. Não precisa de ajuda para vestir as roupas porque todas foram adaptadas, com troca de zíperes por elásticos ou velcro. Precisa de um tempo acima do habitual para usar o vaso sanitário com segurança. Algumas vezes na semana apresenta perdas urinárias (considerar a parte II da análise do controle da urina). Tem bom controle de esfíncter fecal, mas passou a fazer uso de geleias e chás para poder evacuar. Precisa de um tempo maior para sair da cama ou se levantar da cadeira, bem como para sentar ou se levantar do vaso sanitário. É totalmente independente para entrar ou sair do chuveiro. Anda devagar e é recomendável supervisão. O mesmo se aplica para subir escadas. Precisa de supervisão para gerir seu dinheiro, bem como de tempo maior que o habitual para entender uma informação e expressar-se. Sua participação social está limitada e conta com estímulo do filho ou de Ana para lembrar-se de algumas atividades ou informações recentes. Foi-lhe recomendada fisioterapia a ser feita de forma combinada no domicílio e em uma instituição. Entretanto, Margarida tem dificuldade de sair sozinha, esquece situações que acontecem no dia a dia, tais como dia da semana, mês, ano e até onde mora (rua e bairro).

Figura 29. – Caso Clínico para aplicar o instrumento MIF.

Fonte: ALVARENGA et al (2014, p.92)

O encontro proporcionou aos participantes conhecimento específico e propriedade na aplicação do instrumento MIF, ferramenta muito discutida no encontro anterior. Todos os participantes aplicaram o instrumento na unidade de clínica médica do Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados.

Cada participante aplicou o instrumento em um paciente, totalizando 20 pacientes avaliados, sendo que 11 eram do sexo masculino (55%) e 09 do sexo feminino (45%), com idades que variaram de 18 a 80 anos. Destaca-se que a maioria dos pacientes avaliados pertenciam a faixa etária de 51 a 60 anos (35%) e a minoria entre 18 a 30 anos (5%).

Predominaram pacientes hospitalizados do sexo masculino (55%), assim como nos estudos de Lucena *et al* (2002) e Pelegrin *et al* (2008) com predomínio de pacientes do sexo masculino. A tabela 1 apresenta esses dados da pesquisa.

A MIF é uma avaliação que mensura a perda funcional relativa aos diversos comprometimentos físicos, capaz de fornecer um mecanismo para a padronização da coleta de dados. Tem como objetivo medir o grau de solicitação de cuidados de terceiros, que a pessoa com perda funcional exige para a realização de tarefas motoras e cognitivas (BRASIL, 2007a).

Tabela 1 Classificação das Variáveis Idade/Gênero -
Clínica Médica HU-UFGD Agosto 2015.

Idade	N	%
18 a 30	1	5
31 a 40	5	25
41 a 50	3	15
51 a 60	7	35
61 a 70	1	5
mais de 70	3	15
Sexo		
Masculino	11	55
Feminino	9	45

Fonte: Dados da Pesquisa, HU-UFGD, 2015

A pontuação de cada domínio e da escala total está demonstrada na Tabela 2, onde estão explícitas as 18 categorias, pontuadas de um a sete, e classificadas quanto ao nível de dependência para as tarefas, que vai da assistência total a independência completa. Podem-se visualizar as categorias e as incidências dos pacientes hospitalizados em cada nível de assistência, ou níveis de dependência.

Observa-se na Tabela 2 em um panorama geral, agrupando as categorias em dimensões correlacionados com o nível de dependência do paciente hospitalizado, há dimensão autocuidado (alimentação, higiene pessoal, banho, vestir metade superior, vestir metade inferior, utilização de vaso sanitário), apresentou uma média de (4.4) 22% dos avaliados necessitam de assistência total e (8.0) 40% apresentam independência completa frente à dimensão.

A dimensão que avalia o controle de esfíncteres (controle de urina e controle de fezes) apresentou média de (5.5) 27.5% dos pacientes com necessidade de assistência completa e (11) 55% com independência completa.

A mobilidade e transferência (leito, cadeira, cadeira de rodas, vaso sanitário e banheiro ou chuveiro), apresentou média de (6.6) 33% dos pacientes necessitando de assistência completa para a dimensão e (6.4) 32% independência completa.

A locomoção (marcha, cadeira de rodas e escadas) mostra-se significativo no estudo onde os pacientes avaliados apresentam uma média de (8) 40% com necessidade de assistência completa para a dimensão, (4.4) 22% apresenta independência modificada necessitando de uma ajuda técnica para as tarefas e somente (4) 20% dos avaliados apresentam independência completa para a dimensão.

A comunicação (compreensão e expressão) apresenta um bom resultado, os pacientes hospitalizados apresentaram uma média boa onde somente (2) 10% necessitam de assistência completa para as tarefas e (16) 80% apresentam independência completa, resultado significativo para os participantes principalmente na implementação da educação em saúde na unidade avaliada.

A cognição social (interação social, resolução de problemas e memória) apresentou uma maior distribuição dos resultados, com média de (3) 15% dos avaliados necessitam de assistência total, um número relativamente baixo considerando as dimensões de autocuidado e locomoção que apresentaram médias maiores, (2.32) 11.6% apresentaram necessidade de supervisão, (2.66) 13.3% independência modificada e (10.32) 51.6% para independência completa, observa-se que os pacientes avaliados apresentam um bom domínio das tarefas relativas à cognição social.

Segundo Hoepers et al (2013) que realizaram uma pesquisa com avaliação de medidas de independência funcional em uma instituição de longa permanência de idosos, trazem resultados parecidos com o da pesquisa no domínio de autocuidado como média de 27.5% de idosos no nível de assistência total, ou de dependência completa.

Já para Viana et al. (2008), a dimensão de autocuidado obteve baixa pontuação, principalmente nas categorias higiene pessoal, banho, vestir metade superior e inferior, nas quais os idosos necessitavam de ajuda em 51% a 75% das vezes, para pentear os cabelos, lavar as mãos e face, fazer a barba, ou maquiar-se, assim como tomar banho e vestir a parte superior e inferior.

No domínio que envolve controle de esfíncteres Hoepers et al (2013) apresentaram a média de 10 (50%) dos idosos, os quais estavam na independência completa, dados semelhantes a pesquisa atual e à dependência total, onde se obteve a média de 5,5 (27,5%) do total de idosos, dado também muito próximo das coletadas pela pesquisa atual. Nesse domínio, encontramos os achados de Viana et al. (2008) com semelhança, em que os idosos apresentaram apenas 25 a 49% do controle vesical.

Outro domínio foi o de transferências, Herpers et al (2013), apresentaram dados que 31.6% dos idosos apresentaram dependência completa como também independência

completa para os dois níveis de dependência, dados muito próximo da pesquisa atual. Outra dimensão muito próxima que o estudo de Hoerpers et al (2013) apontaram é a locomoção, o autor apresenta em primeiro lugar com dependência completa 40% dos idosos institucionalizados e 27.5% na independência completa. Nestas dimensões o estudo de Viana et al. (2008) mostraram que os idosos, necessitam da ajuda de uma pessoa que executa de 25 a 49% do trabalho para subir e descer de 4 a 6 degraus.

Tabela 2 Estatística descritiva da Escala MIF - Clínica Médica HU-UFGD Agosto 2015.

Tarefas / Atividades	Assistência	Assistência	Assistência	Assistência	Supervisão	Independênci	Independência	Total
	total	máxima	Moderada	Mínima		a modificada	completa	
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N(%)
Alimentação	4 20	0 0	0 0	0 0	2 10	2 10	12 60	20 (100)
Higiene Pessoal	3 15	3 15	1 5	3 15	1 5	1 5	8 40	20 (100)
Banho	6 30	1 5	2 10	2 10	1 5	1 5	7 35	20 (100)
Vestir-se acima da cintura	7 35	1 5	0 0	0 0	2 10	2 10	8 40	20 (100)
Vestir-se abaixo da cintura	6 30	0 0	1 5	1 5	2 10	2 10	8 40	20 (100)
Uso de Vaso Sanitário	7 35	1 5	0 0	0 0	2 10	2 10	8 40	20 (100)
Controle de urina	7 35	1 5	1 5	0 0	0 0	0 0	11 55	20 (100)
Controle de Fezes	4 20	0 0	1 5	0 0	3 15	1 5	11 55	20 (100)
Transferência: leito/Cadeira	6 30	0 0	2 10	2 10	2 10	2 10	6 30	20 (100)
Transferência: Vaso Sanitário	7 35	0 0	0 0	0 0	1 5	3 15	9 45	20 (100)
Transferência: chuveiro	7 35	0 0	0 0	0 0	1 5	2 10	10 50	20 (100)
Locomoção: Marcha/Cadeira	7 35	0 0	0 0	0 0	2 10	7 35	4 20	20 (100)
Locomoção: Escadas	9 45	2 10	1 5	1 5	1 5	2 10	4 20	20 (100)
Compreensão	2 10	0 0	0 0	1 5	0 0	2 10	15 75	20 (100)
Expressão	2 10	0 0	0 0	0 0	1 5	0 0	17 85	20 (100)
Interação Social	2 10	1 5	0 0	2 10	4 20	1 5	10 50	20 (100)
Resolução de Problemas	5 25	2 10	0 0	0 0	3 15	3 15	7 35	20 (100)
Memória	2 10	0 0	0 0	0 0	0 0	4 20	14 70	20 (100)

Fonte: Dados da Pesquisa, HU- UFGD, 2015.

Quanto a comunicação, Hoepers et al (2013) destacaram que 60% dos idosos aparecem com independência completa e 20% na dependência completa, nível máximo de ajuda. Por fim, na cognição social, 45% dos idosos apresentavam independência completa e dependência completa de 33%.

A pesquisa atual trouxe ainda dados relevantes referentes às tarefas, relativo a locomoção no item de subir escadas, 45% dos pacientes avaliados apresentavam dependência completa, ou seja, desenvolve inferior a 10% das atividades avaliadas. Já a comunicação trouxe dados positivos, pois 85% dos pacientes apresentaram independência completa, no qual desenvolve as atividades com segurança e em tempo normal, referente à tarefa expressão.

A classificação do nível de independência dos pacientes hospitalizados no Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados (HU/UFGD) apresentou que 50% dos pacientes hospitalizados são independentes funcionais, seguidos de 25% que precisam de até 50% de ajuda de terceiros para realizar atividades da vida diária, com uma mediana com classificação de independência modificada ou completa, como mostrado na Tabela 3.0 abaixo.

Tabela 3: Classificação do nível de independência dos idosos por meio dos sub-scores da MIF, HU-UFGD. Dourados, 2015.

Classificação	Sub-scores das Dimensões	N	%
Dependência Completa	18 pontos	2	10
Dependência Modificada (Assist. De até 50%)	19 a 60 pontos	5	25
Dependência Modificada (Assist. De até 25%)	61 a 103 pontos	3	15
Independência Modificada/completa	104 a 126 pontos	10	50
Total	18 a 126 pontos	20	100

Fonte: Dados da Pesquisa, HU-UFGD, 2015.

Muitos pacientes apresentaram déficit no autocuidado e na locomoção, característica natural do processo de hospitalização, exigindo preparo do cuidador ou família, que muitas vezes não estão capacitados para tal cuidado.

A avaliação da capacidade funcional está relacionada aos aspectos práticos das atividades de cuidado pessoal e do grau de manutenção da capacidade para o desempenho das atividades básicas e mais complexas do cotidiano (RICCI; KUBOTA; CORDEIRO, 2005).

Ainda, a MIF é um dos recursos utilizados para verificar a avaliação da capacidade funcional, para saber os níveis de independência, ou dependência dos pacientes para realizar as tarefas do cotidiano.

Desta forma, a pesquisa mostrou a classificação do nível de independência dos pacientes hospitalizados na unidade de clínica médica do HU/UDFG, por meio dos sub-escores da MIF geral, apresentando a predominância no nível de independência modificada com (50%) dos avaliados, caracterizados pela avaliação como independentes funcionais, e 25% dos pacientes apresentaram dependência modificada, no qual necessitam de até 50% de ajuda em suas atividades diárias.

Portanto, a MIF procura quantificar a ajuda necessária, sendo útil para o planejamento assistencial. O instrumento é indicado para a avaliação de pacientes com incapacidade funcional, por conter parâmetros importantes relacionados à capacidade funcional.

A aplicação da escala MIF subsidiou para o Grupo de Aprendizado e trabalhadores da saúde dados importantes para um planejamento assistencial diretamente voltado aos pacientes e familiares. Além de proporcionar parâmetros avaliativos referentes às ações desenvolvidas.

O encontro foi classificado como enriquecedor, diante do aprendizado adquirido, seja pela aplicação do MIF e sua interpretação, subsidiando dados para ações de educação em saúde e educação permanente para trabalhadores da saúde.

É de suma importância estar planejando ações e cuidados terapêuticos, para auxiliar e orientar quem cuida, o qual tem papel tão importante e responsabilidade de estar proporcionando um pouco de qualidade de vida aos dependentes.

O estudo propõe novos desafios, para profissionais de saúde estarem reorganizando e conquistando mais esse espaço. O término do encontro foi realizado com avaliação de todo o projeto discutido no item posterior.

TÉCNICAS DE GRUPO – ESTRATÉGIAS EDUCACIONAIS MOTIVADORAS

As técnicas de grupo foram estratégias educacionais que auxiliaram no alcance dos objetivos traçados nas oficinas de aprendizado descritas anteriormente. Uma ferramenta extremamente útil para o ensino e aprendizagem dos profissionais de saúde, por propiciar a aprendizado por meio da própria experiência, e por compreender um

conjunto de técnicas e estratégias que poderão ser utilizadas na implementação da educação em saúde dentro do processo de trabalho.

Segundo Perpétuo e Gonçalves (2005), a técnica de grupo é uma excelente estratégia educacional que valoriza a teoria e a prática, como também o contexto que os participantes estão inseridos, protagonizando os sujeitos dentro de um processo coletivo. Alberti et al (2014) afirmam que as técnicas de grupo exigem um bom planejamento capaz de alcançar os objetivos propostos, de forma sistematizada, considerando o conhecimento que se pretende atingir, além de exigir a realização em espaços coletivos garantindo o diálogo de todos os atores.

Já Coscrato et al (2010, p.258) destacam a eficácia desses métodos de aprendizado como estratégia educacional em saúde, por tratar de um método alternativo que auxilia de forma construtiva o processo educacional, através de um aprendizado individual e que transcende ao coletivo, garantindo a reciprocidade dos saberes.

As técnicas de grupo utilizadas nas oficinas educativas estão descritas no “Guia para a formação de profissionais de saúde na assistência à de pacientes com incapacidade funcional” (Apêndice VII). Foram técnicas que aproximaram o grupo diante de vários conteúdos e temáticas de aprendizado, ampliando a construção do conhecimento dos participantes.

Vários foram os conteúdos discutidos no decorrer das práticas educativas disparados de forma lúdica e através das técnicas de grupo, auxiliando as estratégias educacionais no alcance dos objetivos. Um dos primeiros conteúdos discutidos foi à comunicação em saúde, conteúdo que oportunizou o aprendizado referente às formas de comunicação; base fundamental das relações interpessoais, tanto a comunicação verbal e não verbal presente na assistência em saúde. Outro conteúdo discutido no grande grupo disparado pela técnica de grupo foi à importância do trabalho multiprofissional, interdisciplinar e transdisciplinar; e a participação da rede de saúde no cuidado integral em saúde; conteúdos relevantes na educação de profissionais de saúde e na garantia do cuidado integral e de qualidade.

Segundo Silva (2008) as técnicas de grupos têm se constituído em um dos mais relevantes métodos em práticas educativas não apenas em processos educacionais formais, mas também nos processos educacionais de cunho social, devido a sua característica de resgatar as experiências e vivências prévias do indivíduo, valorizando as suas relações com todo o contexto que ele está inserido.

O uso dessa estratégia educacional exercitou a vivência da ludicidade nos participantes capazes de gerar reflexão frente ao processo de trabalho, trabalho em equipe e suas relações, produzindo conhecimento de natureza formativa.

Segundo Silva (2008, p. 87) “as técnicas de grupo são de cunho vivencial em que os membros do grupo experimentam variadas aproximações da realidade, iniciando de fato, o processo de aprendizagem com a necessária resiliência intelectual para o sujeito de aprendizagem”.

A participação do grupo na técnica apresentou algumas características importantes que merecem ser discutidas sendo as principais delas a resiliência, a coletividade, a individualidade, a participação mútua, a perseverança, a organização e principalmente o diálogo. Características observadas pelo agente facilitador e por todo o grupo destacadas na roda de conversa, principalmente como fator de qualidade no trabalho em equipe.

Em síntese, as atividades de técnicas de grupo realizadas nas práticas educativas dispararam saberes cognitivos, psicomotores e socioafetivos identificados em todos os participantes. Conhecimentos que diretamente refletem na atuação profissional de forma positiva, permitindo que eles através de análises, sínteses, inferências, generalizações, analogias, associações e transferências, se envolvam em ações próprias de um contexto profissional, gerando um desempenho mais eficaz na sua prática profissional.

AVALIAÇÃO DAS PRÁTICAS EDUCATIVAS SOMATIVA E FORMATIVA

A avaliação das práticas educativas foi de forma permanente, crítica-reflexiva tanto para o planejamento e desenvolvimento do projeto como para o acompanhamento do processo de ensino e aprendizagem nas ações educacionais. As avaliações permitiram visualizar avanços e detectar dificuldades, subsidiando ações para a contínua qualificação do processo, dos produtos, e dos resultados.

O processo avaliativo teve como objetivo a análise do desenvolvimento das práticas educativas baseadas nos princípios que garantem a continuidade, o diálogo, a ética, a democracia e a responsabilidade. Foi realizada uma avaliação formativa e somativa (LIMA et al, 2013).

O processo de ensino e aprendizagem foi avaliado através do desempenho dos participantes, do facilitador e dos aspectos pedagógicos das atividades propostas. A avaliação de desempenho do participante considerou a frequência em 85% nas

atividades dos encontros presenciais, desempenho satisfatório nas atividades tanto presencial como a distância e conceito satisfatório ao término das atividades e na avaliação autodirigida.

As avaliações formativas foram realizadas verbalmente ao término de cada encontro presencial incluindo todas as atividades de ensino e aprendizagem, através da aplicação da autoavaliação, a avaliação realizada pelos demais participantes e a avaliação do facilitador.

A avaliação somativa focalizou o desempenho dos participantes nas atividades educacionais, a síntese avaliativa foi realizada ao término do curso, avaliado a tendência do desenvolvimento de competências, tendo como referência o perfil de competência já discursado acima, trazendo o conceito avaliativo satisfatório ou insatisfatório.

A avaliação do facilitador foi realizada pelos participantes nas duas avaliações seja formativa ao término de cada encontro e somativa ao término do curso (Ver anexo VI). O curso também foi avaliado de forma processual, permitindo intervenções de melhoria contínuas e oportunas. As avaliações formativas foram descritas ao término de cada encontro de aprendizado e a avaliação somativa segue a discussão abaixo.

Todos os participantes atingiram o conceito satisfatório na avaliação do perfil de competências realizado pelo facilitador. Todos os eixos avaliativos autoavaliação, avaliação do conteúdo, avaliação do Grupo de Aprendizado e avaliação do facilitador foram conceituados como satisfatório pelos participantes do curso.

Os eixos avaliativos além dos conceitos foram complementados de forma descritiva pelos participantes. O primeiro item avaliado e descrito pelo grupo de aprendizado foi a autoavaliação. Os participantes em sua maioria classificaram a sua participação como efetiva e muito boa e com um bom desempenho em todas as atividades de aprendizado.

Os participantes destacaram a grande oportunidade que o curso proporcionou através das discussões, reflexões, aprofundamentos teóricos e suas modificações; e do aprendizado de forma autônomo, construtivo e reflexivo. O movimento de aprendizado marcado pelo espiral construtivista foi citado por alguns deles. Os participantes enfatizaram a importância de resgatar as vivências prévias dentro do processo de aprendizado, por levantar os principais problemas ocasionados em sua prática profissional, na tentativa de organizá-los, formulando hipóteses, seja elas, verdadeiras ou não, e fundamentá-las através da busca teórica transformando a realidade.

Outro item citado na avaliação do grupo de aprendizado foi o desempenho de alguns participantes que no início não foi satisfatório, no qual foi estimulado pelo método, melhorando o aprendizado ao longo dos encontros. Alguns participantes levantaram pontos negativos referentes à sua participação, relacionados à dificuldade com a assiduidade, com a participação e com o cansaço ocasionado pela excessiva carga horária do curso.

Outro eixo avaliado pelos participantes e descrito na avaliação formativa foi a avaliação dos conteúdos. Os participantes avaliaram o conteúdo como pertinente ao trabalho em saúde principalmente ao ambiente hospitalar, de grande relevância nas mudanças das práticas de saúde e de educação permanente em saúde. Como fragilidade do conteúdo os participantes destacaram a dificuldade de interpretar e aplicar o instrumento MIF, devido a sua complexidade e relacionadas às atividades à distância, avaliadas pelo grupo como excessivas e cansativas, porém amenizadas com as atividades presenciais que foram esclarecedoras.

O Grupo de Aprendizado foi outro eixo de avaliação formativa, no qual os participantes avaliaram como satisfatório, extremamente produtivo e participativo. Destacaram as grandes reflexões científicas produzidas, fundamentada pela busca científica, que construiu saberes diante de conteúdos como: cuidado integral em saúde, o agente cuidador, DCNT, incapacidades funcionais e mensuração da independência funcional através do instrumento MIF. Caracterizaram o Grupo de Aprendizado como discursivo, reflexivo, emotivo, participativo, transformador e autônomo.

A autonomia foi fortemente discutida na avaliação do grupo, característica descrita tanto no grupo como no indivíduo. O resgate das vivências prévias novamente apareceu expressivamente na avaliação, destacada como de grande importância para a construção do aprendizado efetivo.

A motivação mútua também foi caracterizada como característica marcante, fator que estimulou o desenvolvimento de todas as atividades educacionais proposta pelo curso. Como fragilidade do grupo a avaliação destacou o distanciamento de alguns participantes, motivado por fatores pessoais ou interpessoais; a metodologia de ensino e a exigência da participação ativa através do diálogo em roda de conversa.

O último eixo avaliado foi a avaliação do facilitador de ensino que foi caracterizado como satisfatório. O grupo descreveu o facilitador responsável pelo crescimento constante do saber, facilitou reflexões e discussões científicas que influenciaram nas mudanças das práticas de saúde e educacionais dos participantes. Foi

caracterizado como dedicado, mediador do conhecimento, seguro no processo de facilitação, atento, dinâmico e empenhado; capaz de identificar potencialidades e fragilidades de todos os participantes do curso e referente ao processo de ensino.

O facilitador realizou ao término das oficinas uma avaliação somativa para todos os participantes, de forma conclusiva, subsidiada pelas avaliações formativas realizadas ao término de cada encontro. Todos os participantes foram aprovados no curso de capacitação com conceito satisfatório, totalizando 22 participantes. A avaliação com características formativa e somativa, foi realizada de forma dialogada, resgatando o perfil de competências do avaliado, atribuindo o conceito avaliativo ao término da avaliação.

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenvolvimento de práticas educativas nos serviços de saúde qualifica a assistência principalmente quando são planejadas de forma problematizada com participação efetiva do serviço, do ensino, da gestão e da comunidade. A educação em saúde em seu processo evolutivo reafirma a necessidade de práticas educativas que fortaleçam ações transformadoras e mobilizadoras de recursos e poderes capazes de levantar problemas reais de educação e transformá-los em ações modificadoras, melhorando significativamente a assistência e a realidade da população local.

O curso de formação afirmou esses princípios educacionais, problematizou as suas demandas envolvendo todos os atores seja eles os usuários, seus familiares, os profissionais de saúde diretamente envolvidos na assistência a esses usuários, os estudantes multiprofissionais e gestores em saúde.

As práticas educativas foram desenvolvidas garantindo a participação de todos os atores envolvidos, seja eles os profissionais de saúde e residentes multiprofissionais, fortalecendo ainda os referenciais da educação permanente em saúde, valorizando os saberes individuais e coletivos, centrado no diálogo, na problematização e na ação comum entre profissionais e população. Norteadas pelas metodologias ativas de ensino e aprendizagem que reafirmaram os princípios dos referenciais supracitados.

A problematização foi uma estratégia de ensino da metodologia ativa que motivou os participantes a refletir o seu contexto e prática de trabalho, no qual examinaram, refletiram, relacionaram e ressignificaram suas descobertas e saberes. O método mostrou-se potente em toda a execução das práticas por ser um processo

interativo de conhecimento, análise, estudos, pesquisas e decisões individuais; garantiu a autonomia na tomada de decisões em diferentes momentos do processo, oportunizou a visão de um todo, de interdependência e da transdisciplinaridade; além de exercer uma prática pedagógica ética, crítica, reflexiva e transformadora.

O curso de formação exigiu a construção de problemas focados nas competências educacionais necessárias para o enfrentamento de situações reais, através do processo de reflexão e teorização. As quatro oficinas educativas que construíram esse curso subsidiaram conhecimento específico diante de temáticas e conteúdos relevantes para o sistema público de saúde de nosso país, sendo eles, o cuidado em saúde, DCNT e suas incapacidades e a manutenção da independência funcional através de ações de prevenção, promoção, recuperação e reabilitação da saúde.

O estudo de Doenças Crônicas Não Transmissíveis e suas incapacidades facultou grande aprendizado individual e coletivo. A produção coletiva enfatizou estratégias interventivas na promoção, prevenção e recuperação desses agravos, através de geração de conhecimento por ações educativas relativas a essas doenças e seus fatores de risco, como também a garantia de uma assistência integral subsidiada por uma intervenção biológica, psicológica e social e por uma rede de cuidados integrais, destacando a responsabilidade da família no processo de cuidar como também do agente cuidador.

A mensuração da independência funcional realizada através pela Medida de Independência Funcional despertou o interesse dos participantes de implantá-lo na rotina hospitalar, sendo base de dados para planejamento de ações preventivas, corretivas e de reabilitação. O instrumento subsidiou dimensões teóricas complexas que proporcionaram características de dependência funcional dos pacientes avaliados, dados para reflexão de práticas inovadoras e de estratégias de cuidado amenizando o impacto do processo de adoecimento e incapacitante.

Por fim ressalta-se a importância de políticas e programas voltados para a educação em saúde e práticas educativas, que resultam principalmente na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, não se restringindo a ações isoladas por projetos que garantem essa assistência por um único e pequeno período. O curso de formação traz como contribuição, “O guia para a formação de profissionais de saúde na assistência à pacientes com incapacidade funcional”, além de despertar o interesse de implementar o currículo da Residência Multiprofissional em Saúde através da criação de uma disciplina denominada de “Rede de Cuidados Integrais”.

REFERÊNCIAS

ALBERTI, T.F.; ABEGG, I.; COSTA, M.R.J.; TITTON, M. Dinâmicas de grupo orientadas pelas atividades de estudo: desenvolvimento de habilidades e competências na educação profissional. **Rev. Bras. Estud. Pedagog.** Brasília, v.95, n.240, p. 346-362, mai-ago, 2014. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rbeped/v95n240/06.pdf>>. Acesso em: 20 Mai. 2016.

ALBUQUERQUE, V. S. et al. A integração ensino-serviço no contexto dos processos de mudança na formação superior dos profissionais da saúde. **Rev. Bras. Educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 3, p. 356-362, Set. 2008. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010055022008000300010&lng=en&nrm=iso >. Acesso em: 28 Jun. 2016.

ALVARENGA, M. R. M.; RENOVATO, R. D.; SOUZA, R. A. **Avaliação de Idosos:** guia prático para estudantes, profissionais de saúde e pesquisadores. (Org). UEMS, p. 2014. Disponível em: < <https://goo.gl/dWUTNR> > Acesso em: 03 Jul. 2016.

ALVES, L. C. et al . A influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do Município de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 8, p. 1924-1930, Ago. 2007. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2007000800019&lng=en&nrm=iso >. Acessado em 15 de Junho de 2016.

ALVES, L. C.; LEITE, I. C.; MACHADO, C. J. Conceituando e mensurando a incapacidade funcional da população idosa: uma revisão de literatura. Rio de Janeiro, **Ciênc. saúde coletiva**, v. 13, n. 4. 2008. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000400016&lng=en&nrm=iso > Acesso em: 24 Jun. 2014.

ALVES, L. C.; LEITE, I. C.; MACHADO, C. J. Fatores associados à incapacidade funcional dos idosos no Brasil: análise multinível. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 3, p. 468-478, Jun. 2010. Disponível em < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102010000300010&lng=en&nrm=iso >. Acessado em 15 de Junho de 2016.

ANDRADE, M. M. Introdução à metodologia do trabalho científico: elaboração de trabalhos na graduação. 9.ed. São Paulo: Atlas, 2009.

ARAUJO, J.S.; SILVA, S.E.D.; SANTANA, M.E.; SANTOS, L.S.; SOUZA, R.F.; CONCEIÇÃO, V.M.; VASCONCELOS, E.V.; RODRIGUES, L.F. O lado paralelo do cuidar desvelado pelas representações dos cuidadores de adoecidos após acidente vascular cerebral. **Rev. Bras. Cienc. Saúde**. São Paulo, v. 18, n. 2, p. 109-114, 2014. Disponível em:< <http://periodicos.ufpb.br/index.php/rbcs/article/download/14105/12914>>. Acesso em: 19 de Jun. 2016.

AYRES, J. R. C. M. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. **Interface: Comun. Saúde, Educação**, v. 8, n. 14. 2004a p. 73-91. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/icse/v8n14/v8n14a04> > Acessado em 20 de Agosto de 2015.

AYRES, J. R. C. M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Saúde Soc.** São Paulo, v. 13, n. 3, p. 16-29, Dez. 2004b. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010412902004000300003&lng=en&nrm=iso >. Acessado em 17 de Junho de 2016.

AZEVEDO, G.R.; SANTOS, V.L.C.G. Cuidador deficiente: as representações sociais de familiares acerca do processo de cuidar. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n5/pt_v14n5a20.pdf > Acessado em 18 de Junho de 2015.

BACKES, M.T.S.; ROSA, L.M.; FERNANDES, G.C.M.; BECKER,S.G.; MEIRELLES, B.H.S.; SANTOS, S.M.A. Conceitos de saúde e doença ao longo da história sob o olhar epidemiológico e antropológico. **Rev. Enf. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 17, n.1, jan-marc. p. 111-117, 2009. Disponível em: < <http://www.facenf.uerj.br/v17n1/v17n1a21.pdf> >. Acesso em : 16 Jun. 2016.

BADUY, R. S. A formação profissional e a educação permanente em saúde. Ed. 5. **Jornal da ABEn**, 2002. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672008000500008. Acessado em 20 Out. 2015.

BARBOSA, M.A.; SIQUEIRA, K.M.; BRASIL, V.V.; BEZERRA, A.L.Q. Crenças Populares e Recursos Alternativos como Práticas de Saúde. **REv. Enf. UERJ**. Rio de Janeiro. V. 12, p. 38.43. 2004. Disponível em: < <http://www.facenf.uerj.br/v12n1/v12n1a06.pdf> >. Acesso em: 20 Jun. 2016.

BARBOSA, B. R. et al . Avaliação da capacidade funcional dos idosos e fatores associados à incapacidade. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 8, p. 3317-3325, Ago. 2014. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232014000803317&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 15 de Junho de 2015.

BARROS, S.; OLIVEIRA, M. A. F.; SILVA, A. L. A. Práticas inovadoras para o cuidado em saúde. **Rev. Esc. Enferm: USP**, São Paulo, v. 41, n. spe, p. 815-819, 2007. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342007000500013&lng=en&nrm=iso > Acesso em: 19 out. 2015.

BONARDI, G.; SOUZA, V.B.A.; MORAES, J.F.D. Incapacidade funcional e idosos: um desafio para os profissionais de saúde. **Scientia Médica**. Porto Alegre, v. 17, n. 1, p. 138 – 134. Jul-Set. 2007. Disponível em: < <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=490568&indexSearch=ID> > . Acessado em 15 de Junho de 2016.

BRACCIALLI, L. M. P. et al. Qualidade de vida de cuidadores de pessoas com necessidades especiais. **Rev. Bras. Educ. Espec.**, Marília, v.18, n.1, p.113-126, Mar. 2012. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141365382012000100008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 Jun. 2016.

BRASIL, Ministério da Saúde. Humaniza SUS, Política Nacional de Humanização. **A humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**. Serie B. Textos Básicos de Saúde. Sec. Exec. Núcleo Tec. da Política de Humanização. ed. 1. Brasília, 2004a. Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizausus_2004.pdf >. Acessado em 15 de Junho de 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não transmissíveis: DCNT no contexto do Sistema Único de Saúde Brasileiro** / Ministério da Saúde, Epidemiologia e serviços de saúde: revista do Sistema Único de Saúde do Brasil. 2006a; v. 15, n.1, p.47 - 65. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/DCNT.pdf> . Acessado em: 16 Set. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Caderno de educação popular e saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/2_caderno_educacao_popular_saude.pdf > Acessado em: 15 de Junho de 2016.

BRASIL. **Cuidar Melhor e Evitar a Violência – Manual do Cuidador da Pessoa Idosa** / TOMIKO, Born (Organizador). Secretaria Especial dos Direitos Humanos, Brasília-DF. 2008b. p. 330. Disponível em: <http://www.sdh.gov.br/assuntos/pessoa-idosa/legislacao/pdf/manual-do-cuidadora-da-pessoa-idosa>. Acessado em 21 de Maio de 2015.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Envelhecimento e Saúde da Pessoas Idosa**. Serie A. Normas e Manuais Técnicos Cadernos de Atenção Básica, n. 19. Brasília. 2007a. Disponível em: < <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abcd19.pdf> > Acessado em 22 de Junho de 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia Prático do Cuidador. Serie A. Normas e Manuais Técnicos**. Organizador. Secretaria de Atenção à Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. 2ed. Brasília-DF; 2009a. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_cuidador.pdf. Acessado em 19 de Maio de 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Diretrizes e recomendações para o cuidado integral de doenças crônicas não transmissíveis: Promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância à Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Série B. Textos Básicos de Atenção à Saúde, Série Pactos pela Saúde 2006a, v. 8. Brasília: Ministério da Saúde, 2008a. 74p. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_recomendacoes_cuidado_doencas_cronicas.pdf> Acesso em 04 de março de 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília: Ministério da Saúde; 2011a.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Atenção a Saúde da Pessoa Idosa e Envelhecimento** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, Área Técnica Saúde do Idoso, Serie Pactos pela Saúde 2006, v.12. Brasília: Ministério da Saúde 2010. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_pessoa_idosa_envelhecimento_v12.pdf> Acesso em 10 de dezembro de 2014.

BRASIL. Ministério da 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, p. 64, 2009b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude.pdf>. Acesso em: 08 Jul. 2016.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política de saúde do idoso**. Portaria n. 1.395/GM, 10/12/1999. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 198/GM/MS de 13 de fevereiro de 2004. **Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde. Diário Oficial da União 2004b.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Sistema de Informação Hospitalar – SIH/SUS. Morbidades Hospitalar do SUS**. Jan – Nov 2011b.

CAMPOS, G. W. S. **Saúde Paideia**. 3ª edição. São Paulo: Editora Hucitec, 2007.

CARMO, J.W.S. Gerenciamento do cuidado domiciliar do idoso após alta hospitalar. (TCC) **UFMG**. Governador Valadares, 2014. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/4973.pdf>> Acesso em: 03 Jul. 2016.

CARVALHO, M. R.; LUSTOSA, M. A. Interconsulta psicológica. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro, v.11, n.1, p.31-47, jun.2008. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151608582008000100004&lng=pt&nrm=iso>. Acessado em 20 jun. 2016.

CARDOSO, L. et al. Perspectivas atuais sobre a sobrecarga do cuidador em saúde mental. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v.46, n.2, p.513-517, Abr. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000200033&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 Abr. 2016

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis**, Rio de Janeiro, v.14, n.1, p.41-65, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312004000100004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 Out. 2015.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v.9, n.16, p.161-168, Fev. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141432832005000100013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 Jun. 2016.

CHIBANTE, C. L. P.; SANTOS, T. D. ; ESPÍRITO SANTO, F. H. **Os desafios do envelhecer com saúde: Perfil de clientes com DCNTs**. Universidade Federal Fluminense. Curso de Enfermagem. Trabalho de Conclusão de Curso. Niterói: Curso de Enfermagem/UFF, 2013. Disponível em: <<http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/issue/view/93>>. Acessado em 21 de Maio de 2015.

CINTRA *et al.* A informação do setor de faturamento como suporte à tomada de decisão: um estudo de caso no Hospital Universitário da UFGD. **Ciência & Saúde Coletiva**; v. 18; nº10; p. 3043-3053, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n10/v18n10a29.pdf> >. Acessado em: 13 de Junho de 2016.

CNE. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. **Resolução CNE/CES N. 3**, de 07 de novembro de 2001. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em enfermagem. Diário Oficial da República Federativa da União. Brasília, 09 nov. 2001. Seção 1, p. 37

COELHO, C. F.; BURINI, R. C. Atividade física para prevenção e tratamento das doenças crônicas não transmissíveis e da incapacidade funcional. **Rev. Nutrição**. Campinas, v. 22, n. 6, p. 937-946, Dez. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732009000600015&lng=en&nrm=iso > Acesso em: 12 de jun. 2015.

COSCRATO, G.; PINA, J. C.; MELLO, D. F. Utilização de atividades lúdicas na educação em saúde: uma revisão integrativa da literatura. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 23, n. 2, p. 257-263, Abr. 2010. Disponível em : <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010321002010000200017&lng=en&nrm=iso >. Acesso em: 24 Jun. 2016.

COSTA, G. M.C.; GUALDA, D. M.R. Antropologia, etnografia e narrativa: caminhos que se cruzam na compreensão do processo saúde-doença. **Hist. Cienc. Saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 925-937, Dez. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010459702010000400005&lng=en&nrm=iso > Acesso em: 17 Jun. 2016.

DELALIBERA, M. et al . Sobrecarga no cuidar e suas repercussões nos cuidadores de pacientes em fim de vida: revisão sistemática da literatura. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio

de Janeiro, v. 20, n. 9, p. 2731-2747, Set. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232015000902731&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 Jun. 2016.

DIAS, J. V. S.; FERREIRA, J. Contribuições da antropologia para o campo da educação em saúde no Brasil. **Rev. Trabal. Educ. e Saúde**. Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 283-299, Ago. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462015000200283&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 20 Mai. 2015.

DUARTE, Y. A. O. Cuidadores de idosos: uma questão a ser analisada. **Mundo Saúde**, v.21, n.4, p. 226-230, 1997. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=211710&indexSearch=ID>>. Acesso em: 13 Abr. 2015.

DUNCAN, B. B.; CHOR. D.; AQUINO. E. M. L.; BENSENOR. I. M.; MILL. J. G.; SCHMIDT. M. I.; LOTUFO.P. A.; VIGO. A.; BARRETO. S. M. Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil: prioridade para enfrentamento e investigação. **Rev. Saúde Pública**, Porto Alegre, v.46. p. 126-134, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v46s1/17.pdf>> Acesso em: 25 Ago. 2015.

EZEQUIEL, M.C.G.; NOEL, B.K.; LEMOS,P.P.; PAIVA,A.C.; BORGES,L. P.; FERREIRA, G.M.; SANZOVO, P.S. Estudantes e usuários avaliam ferramenta de educação permanente em saúde – SIEPS. **Rev. Brasileira de Educ. Médica**. v. 36, n.1, supl. 2, p. 112-130. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbem/v36n1s2/a17v36n1s2.pdf>>. Acesso em: 11 Jul. 2016.

FARIA, J. B.; SEIDL, E. M. F. Religiosidade e enfrentamento em contextos de saúde e doença: revisão da literatura. **Psicol. Reflex. Crit.**, Porto Alegre , v. 18, n. 3, p. 381-389, Dez. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010279722005000300012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 Jun. 2016.

FERREIRA, O. G. L. et al . Envelhecimento ativo e sua relação com a independência funcional. **Texto Cont. Enferm.**, Florianópolis, v.21, n.3, p.513-518, Set. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010407072012000300004&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 15 de Junho de 2016.

FIGUEREDO, R.C.; CELESTINO, K.A.C.; MORAES, C. R.F.; FIGUEREDO, I.I.S. Desafios e perspectivas na educação permanente em saúde desenvolvida na atenção primária: uma revisão bibliográfica. **Rev. Cient. ITPAC**. Araguaína, v.7,n.4, pub.8, Out. 2014. Disponível em: <http://www.itpac.br/arquivos/Revista/74/artigo8.pdf>. Acessado em 15 de Junho de 2016.

FRANQUEIRO, N.V.J. **Formação gerontológica em um curso de graduação em enfermagem - análise curricular mediante as novas diretrizes da educação [dissertação]**. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP; 2002.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 34. Ed. São Paulo: Paz e Terra, 2006.

GOMES, J. C. M.; O atual ensino da ética para os profissionais de saúde e seus reflexos no cotidiano do povo brasileiro. **Rev. Bioética**. Brasília, 2009. Disponível em: < http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/viewFile/396/359 >. Acesso em: 10 Jun. 2016.

GUERRERO, P. et al . O acolhimento como boa prática na atenção básica à saúde. **Texto contexto enferm.**, Florianópolis, v.22, n.1, p.132-140, Mar. 2013. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010407072013000100016&lng=en&nrm=iso >. Acesso em: 17 Jun. 2016.

HOEPERS, N.J.; OLIVEIRA, A.C.C.; SCHWALM, M.T.; SORATTO, M.T.; CERETTA, L.B. Medidas de Independência funcional em uma instituição de longa permanência de idosos. **Est. Interdiscipl. Envelhec.** Porto Alegre. v.18, n.1, p.07-26, 2013. Disponível em: < <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=731333&indexSearch=ID> > Acesso em: 22 Jun. 2016.

HOFFMANN, L. M. A.; KOIFMAN, L. O olhar superviso na perspectiva da ativação de processos de mudança. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 23, n.2, p.573-587, Jun. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010373312013000200013&lng=en&nrm=iso> Acesso em: 13 Out. 2015.

INACIO, C.C.F. Prevenção de queda de idosos: possibilidades da garantia de um envelhecimento saudável. (TCC), **Univ. Cast. Cult**, Salvador, 2011. Disponível em: < <http://bibliotecaatualiza.com.br/arquivotcc/EE/EE08/INACIO-Candice%20Cristina%20Fiuza.pdf> >. Acesso em: 03 Jul. 2016.

ITAMI, L. T. et al. Adultos com fraturas: das implicações funcionais e cirúrgicas à educação em saúde. **Rev. da Esc. Enfermag. da USP**, São Paulo, v. 43, n. spe2, p. 1238-1243, Dez. 2009. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000600016&lng=en&nrm=iso >. Acesso em: 07 Jun. 2015.

KOERICH, M. S.; MACHADO, R. R.; COSTA, E. Ética e bioética: para dar início à reflexão. **Texto Contexto - enferm.** Florianópolis, v.14, n.1, p.106-110, Mar. 2005. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072005000100014&lng=en&nrm=iso >. Acesso em: Jun. 2016.

LACERDA, A. B. M.; SOARES, V.M.N.; GONÇALVES, C.G.O.; LOPES, F.C.; TESTONI, R. Oficinas educativas como estratégia de promoção da saúde auditiva do adolescente: estudo exploratório. **Audiol. Commun. Res.**, São Paulo, v.18, n.2, p.85-92, Jun. 2013. Disponível em: <

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2317-64312013000200006&lng=en&nrm=iso >. Acessado em: 13 de Jul. 2016.

LIMA, V.V.; PADILHA, R.Q.; PEREIRA, S.M.S.F.; OLIVEIRA, M.S.; TEMPSKI, P.Z.; SOEIRO, E. **Processos Educacionais II**. Projetos de Apoio ao SUS – 2013-2014. São Paulo, 2013.

LUCENA, N. M. G. et al. Análise da Capacidade Funcional em Uma População Geriátrica Institucionalizada em João Pessoa. **Rev. Fisioterapia Brasil**, v. 3, n. 3, p. 164-169, 2002

MACHADO, M. F. A.S. et al . Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro , v. 12, n. 2, p. 335-342, Abr. 2007 . Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232007000200009&lng=en&nrm=iso >. Acesso em: Jun. 2016.

MALTA, D. C.; NETO, O.L.M.; JUNIOR, J.B.S. Apresentação do plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2011 a 2022. **Epidemiol. Serv. Saúde**. Brasília. v. 20, n.04, p. 425-438, Out- Dez. 2011. Disponível em: <<http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v20n4/v20n4a02.pdf> >. Acesso em: 15 Jun. 2016.

MALTA, D. C. et al . A vigilância e o monitoramento das principais doenças crônicas não transmissíveis no Brasil - Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Rev. Bras. Epidemiol.**, São Paulo, v. 18, supl. 2, p. 3-16, Dez. 2015. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2015000600003&lng=en&nrm=iso >. Acesso em: 28 Jun. 2016

MALTA, D. C. et al . A construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do Sistema Único de Saúde. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília , v. 15, n. 3, p. 47-65, set. 2006 . Disponível em: < http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S167949742006000300006&lng=pt&nrm=iso >. acessos em 16 maio 2016. <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742006000300006>.

MARQUES, J.F.; TEIXEIRA, H.J.C.; SOUZA, C.D.B.N.; Cuidadoras informais de Portugal: Vivências do Cuidar de Idosos. **Rev. Trab. Educ. Saúde**; V. 10, n.1. Rio de Janeiro-RJ, Mar-jun. 2012. p 147-159. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/tes/v10n1/v10n1a09.pdf> > Acessado em 21 de Junho de 2015.

MARTINS, et al . Necessidades de educação em saúde dos cuidadores de pessoas idosas no domicílio. **Texto Contexto – Enfermagem**. Florianópolis, v. 16, n. 2, Jun. 2007. Disponível em: < www.scielo.br/pdf/tce/v16n2/a07v16n2 > Acesso em: 13 Ago.2015.

MASSON, N.; FALCÃO, A.; VELO, M.M.A.C.; PEREIRA, A.C. Acolhimento e vínculo: tecnologias relacionais na produção da saúde. **Rev. Bras. Pesq. Saúde**. Vitória, v. 17, n. 2, abr-jun, p. 103-110. 2015. Disponível em:

<<http://periodicos.ufes.br/RBPS/article/viewFile/13194/9244> >. Acesso em: 15 Jun. 2016.

MATOS, E.D. **Capacidade Funcional de idosos dependentes cadastrados na estratégia saúde da família do município de Londrina/PR.** (Dissertação). Univ. Estad. Paulista, Botucatu, 2015. Disponível em: <<http://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/139339/000865830.pdf?sequence=1>> Acessado em: 13 de Julho de 2016.

MELO, C.H.M.S. A valorização dos aspectos culturais da população como estratégia para melhorar a adesão da comunidade às ações de promoção de saúde e prevenção de doenças. *Aurora. Marília*, v.5, Ed. Especial, p. 9-24. 2012. Disponível em: <<http://www2.marilia.unesp.br/revistas/index.php/aurora/article/view/2360> >. Acessado em 16 de Junho de 2016.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento – pesquisa qualitativa em saúde.** Hucitec Editora, 14 ed, São Paulo, 2014.

MITRE, S. M. et al. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. **Ciência Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, supl. 2, p. 2133-2144, dez. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000900018&lng=pt&nrm=iso>Acesso em: 13 Out. 2015.

MOTA, M. S.P.; FERREIRA, C.M.; JANEIRO, D.I.; QUEIROZ, M.S.R. Diagnóstico de uma população de terceira idade. **Est. Interdiscipl. Envelhec.** Porto Alegre. v.15, n.2, p. 255-264, 2010. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/RevEnvelhecer/article/viewFile/7979/11483> > Acesso em: 22 Jun. 2016.

PELEGRIN, A.K.A.P.; ARAUJO, J.A.; COSTA, L.C.; CYRILLO, R.M.Z.; ROSSET, I. Idosos de uma instituição de longa permanência de Ribeirão Preto: níveis de capacidade funcional. **Arq. Ciênc. Saúde**, v. 15, n. 4, p. 182-188. 2008. Disponível em: <http://repositorio-racs.famerp.br/racs_ol/vol-15-4/IDB%20297.pdf >. Acessado em: 12 Jul. 2016.

PERRENOUD, P. **Avaliação: da excelência à regulação das aprendizagens, entre duas lógicas.** Porto Alegre: Artmed, 1999.

PERPÉTUO, S. C.; GONÇALVES, A. M. **Dinâmicas de grupos na formação de lideranças.** Rio de Janeiro: Editora DP&A, ed. 9, Rio de Janeiro, 2005.

PIMENTA, D. N.; LEANDRO, A.; SCHALL, V. T. A estética do grotesco e a produção audiovisual para a educação em saúde: segregação ou empatia? O caso das leishmanioses no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, n.5, mai, 2007. p.1161-1171. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2007000500018&lng=en&nrm=iso>. Acesso 15 Jun. 2016.

PIRES, C. G. S.; MUSSI, F. C. Refletindo sobre pressupostos para o cuidar/cuidado na educação em saúde da pessoa hipertensa. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 43, n. 1, p. 229-236, Mar. 2009. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342009000100030&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 Jun. 2016.

RIBERTO, M.; MIYAZAKI, M.H.; JUCÁ, S.S.H.; LOURENÇO, C. BATTISTELLA, L. R. Independência Funcional em pessoas com lesões encefálicas adquiridas sob reabilitação ambulatorial. **Acta Fisiatr**, v. 14, n.2, p. 87-94, 2007. Disponível em: < http://www.actafisiatrica.org.br/detalhe_artigo.asp?id=193>. Acessado em: 18 Jun. 2016.

RICCI, N. A.; KUBOTA, M. T.; CORDEIRO, R. C. Concordância de observações sobre a capacidade funcional de idosos em assistência domiciliar. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 4, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v39n4/25540.pdf> > Acesso em 28 Jan. 2015.

ROCHA, F. C. V. et al . Análise da produção científica sobre o idoso na REBEn. **Rev. bras. enferm.** Brasília, v. 60, n.4, p.449-451, Aug. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672007000400017&lng=en&nrm=iso >. Acesso em: 26 Jun. 2016.

SANTORUM, J. A.; CESTARI, M.E. A educação popular na práxis da formação para o SUS. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v.9, n.9, p.223-240, jul/out. 2011. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/tes/v9n2/04.pdf> >. Acesso em 16 Jun. 2015.

SANTOS, N. C. A. et al . Interconsulta psicológica: demanda e assistência em hospital geral. **Psicol. estud.**, Maringá, v.16, n.2, p.325-334, Jun. 2011b. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722011000200016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 Jun. 2016.

SANTOS, R. L. et al . Intervenções de grupo para sobrecarga de cuidadores de pacientes com demência: uma revisão sistemática. **Rev. psiquiatr. clín.**, São Paulo , v. 38, n. 4, p. 161-167, 2011a. Disponível em 22 de Junho de 2016. < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010160832011000400009&lng=en&nrm=iso >. Acessado em 17 de Junho de 2016.

SANTOS, Q. N. Estratégia de enfrentamento (coping) da família ante um membro familiar hospitalizado: uma revisão de literatura brasileira. **Mudanças Psicol. Saúde**, v. 21, n.2, Jul-Dez, p. 40-47, 2013. Disponível em: < <https://www.metodista.br/revistas/revistas-ims/index.php/MUD/article/view/3894/3717>>. Acesso em: 10 Jun. 2016.

SCHERER, Z.A.P.; SCHERER, E.A. Identificação dos pilares da educação na disciplina integralidade no cuidado à saúde. **Rev. Esc. Enfermagem USP**, v. 46, n.4, p. 985-993. 2012. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n4/29.pdf> >. Acesso em: 15 Jun. 2016.

SILVA, E.B.; CORTES, L.F.; PADOIN, S.M.M.; VIANNA, L.A.C. Oficinas pedagógicas com profissionais das equipes de saúde da família: resignificando a prática assistencial às mulheres em situação de violência. **Enfrent. Violência Saúde - BIS**, v. 14, n.13, 2012. Disponível em: < <http://periodicos.ses.sp.bvs.br/pdf/bis/v14n3/v14n3a02.pdf> >. Acessado em: 13 Jul. 2016.

SILVA, K. L.; SENA, R. R. A formação do enfermeiro: construindo a integralidade do cuidado. **Rev. Bras. Enferm**, Brasília, v.59, n.4, p.488-491, Ago. 2008. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n1/07> >. Acesso em: 15 Jun. 2016.

SILVA, J.A.P. O uso de dinâmicas de grupo em sala de aula. Um instrumento de aprendizagem experiencial esquecido ou ainda incompreendido? **Saber Científico**. Porto Velho. V.1, n.2, Jul-Dez. p. 82-99. 2008. Disponível em: <<http://revista.saolucas.edu.br/index.php/resc/article/view/22/ED25>>. Acesso em: 24 Jun.2016

SILVEIRA, L.; MACAGNAN, J.B.A.; FUCK, J. A. B.; LAGANA, M.T.C. Medida de Independência Funcional: Um desafio para a Enfermagem. **Rev. Saúde Publ. Santa Cat**. Florianópolis. v. 4, n. 1, Jul-Dez. 2011. Disponível em: < <http://esp.saude.sc.gov.br/sistemas/revista/index.php/inicio/article/viewFile/92/135>> Acesso em: 22 Jun. 2016.

SOUZA, A. T. O. et al . A utilização da teoria da aprendizagem significativa no ensino da Enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v.68, n.4, p.713-722, Ago. 2015. Disponível em: > http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672015000400713&lng=en&nrm=iso >. Acessado em 15 de Junho de 2016.

SOUTO, G. D. Fragilidades em idosos: evidências e fatores de risco para o desenvolvimento do diagnóstico de enfermagem “Síndrome da Fragilidade no Idoso” e “Risco para Fragilidade no Idoso. (TCC). **Esc. Enferm. UFRS**. 2011. Disponível em: < <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/35955/000816454.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 03 Jul.2016.

SUCUPIRA, A.C.; A importância do ensino da relação médico-paciente e das habilidades de comunicação na formação do profissional de saúde. **Rev. Interface – Comunicação, Saúde, Educação**. V. 23, ed. 11. São Paulo. SP. 2007. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/icse/v11n23/a16v1123.pdf>> Acesso em: 15 Jul. 2015.

SUDAN, L. C. P.; CORREA, A. K. Práticas educativas de trabalhadores de saúde: vivência de graduandos de enfermagem. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v.61, n.5, p.576-582, Out. 2008. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672008000500008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 03 Jul. 2016.

TEIXEIRA, I. M. C; OLIVEIRA, M. W. Práticas de cuidado à saúde de mulheres camponesas. **Interface**. *Comun. Saud. Educ. Botucatu*. v.18, supl.2. p. 1341-1354. 2014. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/icse/v18s2/1807-5762-icse-18-s2-1341.pdf> >. Acesso em: 15 Jun. 2016.

VIANA, F. P.; LORENZO, A.C.; OLIVEIRA, E. F.; RESENDE, S. M. Medida de independência funcional nas atividades de vida diária em idosos com sequelas de acidente vascular encefálico no Complexo Gerontológico Sagrada Família de Goiana. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.** v. 11, n.1, p. 17-28. 2008. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/4038/403838777003.pdf>>. Acesso em: 20 Jun.2016.

VIEIRA, M.C.U.; MARCON, S.S.; Significados do processo de adoecer: o que pensam cuidadoras principais de idosos portadores de câncer. **Ver. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 42, n. 4, p. 762-780, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n4/v42n4a18.pdf> > Acessado em 10 de Agosto de 2015.

WALTER, B. E. P.; WINKLER, C. A. G.; CRUBELLATE, J. M.; O ideário taylorista, a gestão da subjetividade e o poder pastoral. **Cad. EBAPE. BR**, Rio de Janeiro, v.11, n.1, Marc. 2013. p.16-29. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/3232/Resumenes/Resumen_323227837003_1.pdf > Acesso em: 01 Jul. 2015.

APÊNDICE I

ESCALA DE MEDIDA DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL - MIF

1.0 Identificação do Paciente:

Nome:	
Data Nasc: / / Idade:	Sexo: Profissão:
Enfermaria: Leito:	Prontuário:
Data da Avaliação: / / Informações Terapêuticas Relevantes (Hábitos de Vida, História clínica e progressa, comorbidades).	

2.0 Escala:

Fonte de Informação	1- Paciente, 2- família, 3- cuidador, 4- outro	
Cuidador	1- Não possui, 2- ajuda não paga, 3- empregado não pago 4- profissional pago	
Terapêutica	1- Nenhuma, 2- tratamento ambulatorial, 3- tratamento domiciliar, 4- ambos 2 e 3, 5- internação hospitalar/ institucional	
Níveis	7 Independência completa (em segurança em tempo normal) 6 Independência modificada (ajuda técnica)	Sem Ajuda
	Dependência Modificada 5 Supervisão 4 Ajuda Mínima (indivíduo >= 75%) 3 Ajuda Moderada (indivíduo >= 50%) 2 Ajuda Mínima (indivíduo >= 25%) 1 Ajuda Total (indivíduo >= 10%)	Ajuda

Auto-Cuidados		Observações Terapêuticas Ocupacionais sobre o desempenho	
A- Alimentação			
B- Higiene Pessoal			
C- Banho (Lavar o corpo)			
D- Vestir-se acima da cintura			
E- Vestir-se Abaixo da cintura			
F- Uso de Vaso Sanitário			
Controle de Esfíncteres			
G- Controle de Urina			
H- Controle de Fezes			
Mobilidade – Transferências			
I- Leito, Cadeira, Cadeira de Rodas			
J- Vaso Sanitário			
K- Banheira, Chuveiro			
Locomoção			
L- Marcha/Cadeira de Rodas	M	M	
	C	C	
M- Escadas			
Comunicação			
N- Compreensão	A	A	
	V	V	
O- Expressão	V	V	
	N	N	
Cognição Social			
P- Interação Social			
Q- Resolução de Problemas			
R- Memória			
Total			
OBS: Não deixe nenhum item em branco; se não possível de ser testado, marque 1			

APÊNDICE II

Texto de Contextualização da Oficina I e Semana de Aprendizado II (Texto 1.0)

A necessidade de se construir um novo olhar para o cuidado baseado no diálogo e na criatividade possibilita a transformação social do papel dos profissionais no exercício da sua prática. Entende-se, que cuidar é mais que um ato: é uma atitude. Nesta perspectiva, cuidar é considerar a importância da construção de projetos de vida, significativos para cada usuário, como eixo central da ação terapêutica. As transformações necessárias na prática em saúde estão avançando, pois, os conhecimentos produzidos nesta área incorporam estratégias de acolhida e continência que consideram, em todos os momentos, o exercício da cidadania ativa do indivíduo que necessita de cuidado (BARROS et al, 2007).

Muitos são os problemas a serem enfrentados para fortalecer o Sistema Único de Saúde (SUS) e um deles está relacionado à formação dos trabalhadores, havendo necessidade de profissionais que apresentem competência para lidar com os principais problemas de saúde do indivíduo, de sua família e da sociedade em que convive.

O Ministério da Saúde, desde 2003, vem instituindo uma política nacional de educação permanente em saúde, como estratégia do SUS, para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor. A condução local regional dessa política será feita por meio de Polos de Educação Permanente em Saúde, compostos por representantes das instâncias da formação, da atenção, da gestão e do controle social (BRASIL, 2004b).

Muito se discute em relação a formação profissional, no qual orienta-se a realização através de um processo contínuo oportunizando as mudanças no setor de saúde. A educação permanente em saúde é entendida como uma ação contínua, centrada no processo de trabalho, institucionalizada e multiprofissional, sendo orientada para a melhoria da qualidade dos serviços de saúde (SUDAN e CORREA, 2008).

Frente a todas as necessidades exigidas para a assistência integral, práticas educativas devem ser adotadas para o aperfeiçoamento profissional contínuo dentro das práticas do SUS; fortalecendo a formação profissional em saúde e garantindo a continuidade da assistência através da capacitação de profissionais de saúde diante das

necessidades desenvolvidas pelo indivíduo em seu processo de adoecimento e suas incapacidades. A prática educativa se constitui como um "fazer educativo", e este promove mudanças, transformações de uma realidade atual para outra desejada.

Segundo Martins et al (2007), em seu estudo sobre as necessidades de educação em saúde de cuidadores de pessoas com incapacidade funcional no domicílio, ressaltam que as principais demandas destacadas pelos cuidadores como necessidade de aprendizado são conhecimento frente ao adoecimento e suas incapacidades, as patologias e seus agravos, a terapia medicamentosa, a dieta e os exercícios físicos.

O aprendizado frente a essas demandas é de responsabilidade de vários atores. Os serviços de saúde em conjunto com a família são os principais responsáveis em gerir conhecimento, ações e práticas relacionadas ao cuidado integral da pessoa com incapacidade funcional. Outras instituições estão diretamente relacionadas. A universidade, com o seu papel de integralidade ensino e serviço, e a sociedade, na sua responsabilidade de oportunizar um ambiente favorável e respeitoso a pessoa com incapacidade funcional.

APÊNDICE III

Texto de Contextualização da Oficina II e Semana de Aprendizado V (Texto 2.0)

As doenças crônicas frequentemente acometem os idosos e muitas vezes não são passíveis de cura, no qual exige o acompanhamento contínuo e rigoroso e permite o controle da sua progressão favorecendo a prevenção de complicações e agravamentos. Contudo, uma grande parcela de idosos ainda sofre as consequências dessas doenças não controladas e ficam propensos ao desenvolvimento de limitações e incapacidades permanentes (SOUTO, 2011).

Os agravos decorrentes das doenças crônicas não-transmissíveis têm sido as principais causas de hospitalização e óbito na população principalmente a idosa, seguindo uma tendência mundial. Quando são analisadas as causas específicas, a doença cerebrovascular ocupa o primeiro lugar em mortalidade no país, tanto em idosos quanto na população geral, e as doenças cardiovasculares, o segundo lugar. Nos países de alta renda e no mundo de uma forma geral, observa-se o inverso quanto a essas duas causas, ou seja, doenças cardiovasculares, em primeiro, e doença cerebrovascular, em segundo. Vários motivos estão implicados nessa discrepância em relação ao restante do mundo, provavelmente um dos mais importantes, seja a alta prevalência de hipertensão arterial na população brasileira e o não tratamento ou o tratamento inadequado dessa doença, tendo em vista que a hipertensão arterial é o principal fator modificável da doença cerebrovascular (BRASIL; 2006a).

O processo de envelhecimento caracteriza-se por uma diminuição da reserva funcional, que somada aos anos de exposição a inúmeros atores de risco, torna os idosos mais vulneráveis às doenças. Assim, destaca-se a importância de se investir em estratégias de controle das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT's), através da identificação dos fatores de risco para essas doenças e implementação de estratégias de prevenção e promoção a saúde em todas as fases da vida, de modo a proporcionar um envelhecimento ativo e saudável, conforme proposto na Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (CHIBANTE; 2013).

Tem-se constatado que as pessoas com doenças crônicas não transmissíveis debilitam-se paulatinamente devido às alterações fisiológicas que, limitam as funções do organismo, tornando-as cada vez mais predispostas à dependência para a realização

do autocuidado, à perda da autonomia e da qualidade de vida. Tornam-se também, mais suscetíveis a outras doenças e, decorrente disso, vem à hospitalização (INÁCIO, 2011).

A assistência oferecida no ambiente hospitalar cria dependências que dificultam o retorno ao lar. Assim, se por causa de uma enfermidade incapacitante precisa-se de hospitalização, a instituição hospitalar deve prepará-lo o mais eficientemente para que ele possa retornar ao lar em condições físicas, psíquicas e sociais de independência. Como o sistema de saúde brasileiro, que se encontra centrado na assistência hospitalar, vem passando atualmente por mudanças, novas propostas de atenção visando à desospitalização têm surgido. Entre elas destaca-se a internação domiciliar que visa, além da humanização da assistência, a otimização dos leitos hospitalares e a redução dos custos da assistência (CARMO, 2014).

Observa-se que, atualmente, quem tem assumido a responsabilidade pelo cuidado a pessoa com incapacidade funcional é algum elemento da família ou alguém contratado pela mesma. Esse indivíduo que presta assistência à pessoa com incapacidade e/ou dependente tem sido denominado pela literatura como "cuidador", distinguindo-se, conforme citação de Duarte (1997) dois tipos: "cuidador formal", aquele elemento contratado pelo indivíduo que necessita de auxílio e/ou família para exercer ações de cuidado, estabelecendo-se nesse caso um vínculo empregatício e o denominado "cuidador informal", aquele elemento da família ou a ele relacionado que passa a assumir o desenvolvimento das ações do cuidado.

Diante deste contexto o cuidador tem recebido pouca atenção dos profissionais de saúde que atuam na área hospitalar, no sentido de capacitá-los para a continuidade da assistência. Ele assume um papel de grande importância na assistência em saúde ao indivíduo com incapacidade funcional, onde deveria estar envolvido e sendo capacitado desde o momento da admissão hospitalar.

APÊNDICE IV

Texto de Contextualização da Oficina III e Semana de Aprendizado IX (Texto 3.0)

A incapacidade funcional pode ser definida pela dificuldade ou pela necessidade de ajuda para o indivíduo executar tarefas cotidianas básicas ou mais complexas, necessárias para a vida independente na comunidade e tarefas relacionadas à mobilidade. A manutenção da capacidade funcional pode ter implicações para a qualidade de vida das pessoas, por estarem relacionada com a capacidade do indivíduo se manter na comunidade, desfrutando a sua independência e continuando as suas relações e atividades sociais até as idades mais avançadas (ALVES e MACHADO, 2008).

Como o idoso apresenta maior prevalência de doenças crônico-degenerativas e, conseqüentemente, de incapacidade, a capacidade funcional torna-se uma das mais relevantes questões das pesquisas gerontológicas, dado que envelhecer sem incapacidade é fator indispensável para a manutenção de boa qualidade de vida. No entanto, existe muita dificuldade na tentativa de mensurar e conceituar incapacidade devido ao caráter multidimensional, dinâmico e complexo desse fenômeno. Não há um consenso entre os pesquisadores para identificar as populações com incapacidade. Além disso, pode-se utilizar um conjunto de várias definições, o que resulta em dificuldades na aplicação e utilização da informação (ALVES e MACHADO, 2008).

A definição de incapacidade engloba alguns aspectos. A patologia, a deficiência, a limitação funcional e a desvantagem são terminologias que estão diretamente associadas ao conceito de incapacidade. Alguns modelos teóricos foram desenvolvidos com a finalidade de explicar esses conceitos, facilitar o conhecimento e a compreensão dos termos utilizados e fundamentar a sua aplicabilidade em pesquisas, políticas públicas e na prática clínica (ALVES e MACHADO, 2008).

De acordo com Alves e Machado (2008), a incapacidade funcional pode ser medida por meio das escalas de dificuldade e dependência. Em geral, as escalas assumem três formas padrão: o grau de dificuldade para realizar certas atividades, o grau de assistência ou de dependência para realizar a atividade e se a atividade não é realizada. A medida de dependência avalia se uma pessoa necessita de ajuda ou se utiliza assistência para realizar uma atividade ou se a mesma não é realizada.

Existem vários instrumentos que quantificam o grau de independência do indivíduo com incapacidade funcional. Segundo Itami et al (2009), a Medida de Independência Funcional (MIF) é um instrumento que permite aos profissionais de saúde quantificar a capacidade funcional dos pacientes e, dessa maneira, direcionar os programas de reabilitação. É um instrumento multidimensional, podendo ser utilizado para trazer resultados quanto ao tratamento, como forma de planejamento terapêutico para avaliar a aplicabilidade em protocolos afins. (RICCI et al, 2005).

A MIF faz parte do Sistema Uniforme de Dados para Reabilitação Médica (SUDRM) e é amplamente utilizada e aceita como medida de avaliação funcional internacionalmente. Para Coelho e Burini (2009), a escolha da independência funcional como parâmetro de avaliação da reabilitação fundamenta-se na sua importância para o indivíduo, para a família e para a sociedade.

uma unidade de clínica médica no Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados.

A pesquisa parte da experiência profissional como enfermeiro do HU/UFGD no qual foram levantados os seguintes problemas: grande número de pacientes hospitalizados com doenças crônicas degenerativas, grande número de pacientes com incapacidade funcional temporária ou permanente; ausência de um programa educativo que capacite à família e/ou cuidadores que os habilite a assistir o paciente na manutenção, recuperação promoção e reabilitação da saúde.

A pesquisa será realizada no município de Dourados-MS na instituição hospitalar de ensino HU/UFGD, nas unidades de clínica médica Posto 03 e Posto 04.

Como ação será realizado práticas educativas para capacitação de cuidadores de pessoas com incapacidade funcional através de oficinas educativas que primeiramente forma equipe assistencial e estrutura o programa educativo, capacita a equipe envolvida, aplica o instrumento de Medida de Independência Funcional e elabora um planejamento assistencial ao paciente juntamente com a família e/ou cuidador, finalizando com a avaliação do projeto em si.

O Projeto não apresenta riscos ou desconfortos pois se trata de práticas educativas em saúde, os dados obtidos são de responsabilidade do pesquisador que tem o compromisso ético com a assistência e todos os envolvidos.

Os resultados esperados são de ampliar o atendimento especializado e melhorar a qualidade assistencial frente às demandas do paciente com incapacidade funcional decorrentes das sequelas de doenças crônicas não transmissíveis submetido à hospitalização, melhorar a assistência prestada à família e cuidadores envolvidos, garantindo o conhecimento específico frente às demandas assistenciais identificadas durante a internação hospitalar objetivando o maior grau de independência do paciente assistido.

A participação do projeto é de forma voluntária sem custo para a participação contribuindo assim para a pesquisa ensino e saúde.

Esclarecemos que manteremos em anonimato, sob sigilo absoluto, durante e após o término do estudo, todos os dados que identifiquem o sujeito da pesquisa usando apenas, para divulgação, os dados inerentes ao desenvolvimento do estudo. Informamos também que após o término da pesquisa, serão destruídos de todo e qualquer tipo de mídia que possa vir a identificá-lo tais como filmagens, fotos, gravações, etc., não

restando nada que venha a comprometer o anonimato de sua participação agora ou futuramente.

Eu, _____, RGnº _____
declaro ter sido informado e concordo em participar, como voluntário, do projeto de pesquisa acima descrito.

Ou,

Eu, _____, RGnº _____,
responsável legal por _____, RG nº _____
declaro ter sido informado e concordo com a sua participação, como voluntário, no projeto de pesquisa acima descrito.

Dourados MS, ____ de _____ de _____.

Nome e assinatura do paciente e/ou seu responsável legal

Testemunha 1

Testemunha 2

APÊNDICE VI

Instrumento de Avaliação Final do Curso de Capacitação

Curso de Extensão – UEMS

CURSO DE CAPACITAÇÃO PARA EQUIPE DE SAÚDE NA QUALIFICAÇÃO DE CUIDADORES FRENTE ÀS NECESSIDADES DE PESSOAS COM INCAPACIDADE FUNCIONAL

Nome do Aluno:

Facilitador: TIAGO AMADOR CORREIA

AValiação FINAL

1. Auto-avaliação: Avalie o seu desempenho frente o desenvolvimento do curso de capacitação, considerando habilidades e competências desempenhadas em seu decorrer, incluindo a assiduidade, a frequência, a participação das atividades presenciais e a distância, a fundamentação teórica, a iniciativa e a autonomia do aprendizado; descreva sua auto-avaliação e ao término desse item finalize com um conceito avaliativo.

CONCEITO: () Satisfatório () Insatisfatório

2. Avaliação de conteúdo: Avalie o conteúdo e método de aprendizado apresentado no decorrer do Curso de Capacitação, sugerindo também melhorias e implementações. Dentre os conteúdos apresentados avalie os Eixos Educacionais: Cuidado em Saúde, Doenças Crônicas Não-transmissíveis, Incapacidades Funcionais e seu Instrumento de Mensuração (MIF). Finalize a avaliação de Conteúdo com um conceito avaliativo.

CONCEITO: () Satisfatório () Insatisfatório

3. Avaliação do Grupo de Aprendizado: Avalie o desempenho do Grupo de Aprendizado frente o desenvolvimento do curso de capacitação, considerando habilidades e competências desempenhadas em seu decorrer, incluindo a

assiduidade do grupo, a frequência, a participação das atividades presenciais e a distância, a fundamentação teórica, a iniciativa e a autonomia do aprendiz. Finalize com um conceito avaliativo.

CONCEITO: () Satisfatório () Insatisfatório

4. Avaliação do Facilitador: Avalie o facilitador do Curso de Capacitação, se desenvolveu ações educacionais que facilita o processo de ensino e aprendizagem, identificou as necessidades de aprendizagem do grupo e se avaliou essas ações e seus processos educacionais. Finalize com conceito avaliativo.

CONCEITO: () Satisfatório () Insatisfatório

MIF - ÁRVORE DE DECISÕES - ALIMENTAÇÃO

(Considerar utensílios necessários para levar os alimentos à boca, mastigar e engolir a refeição já devidamente preparada)

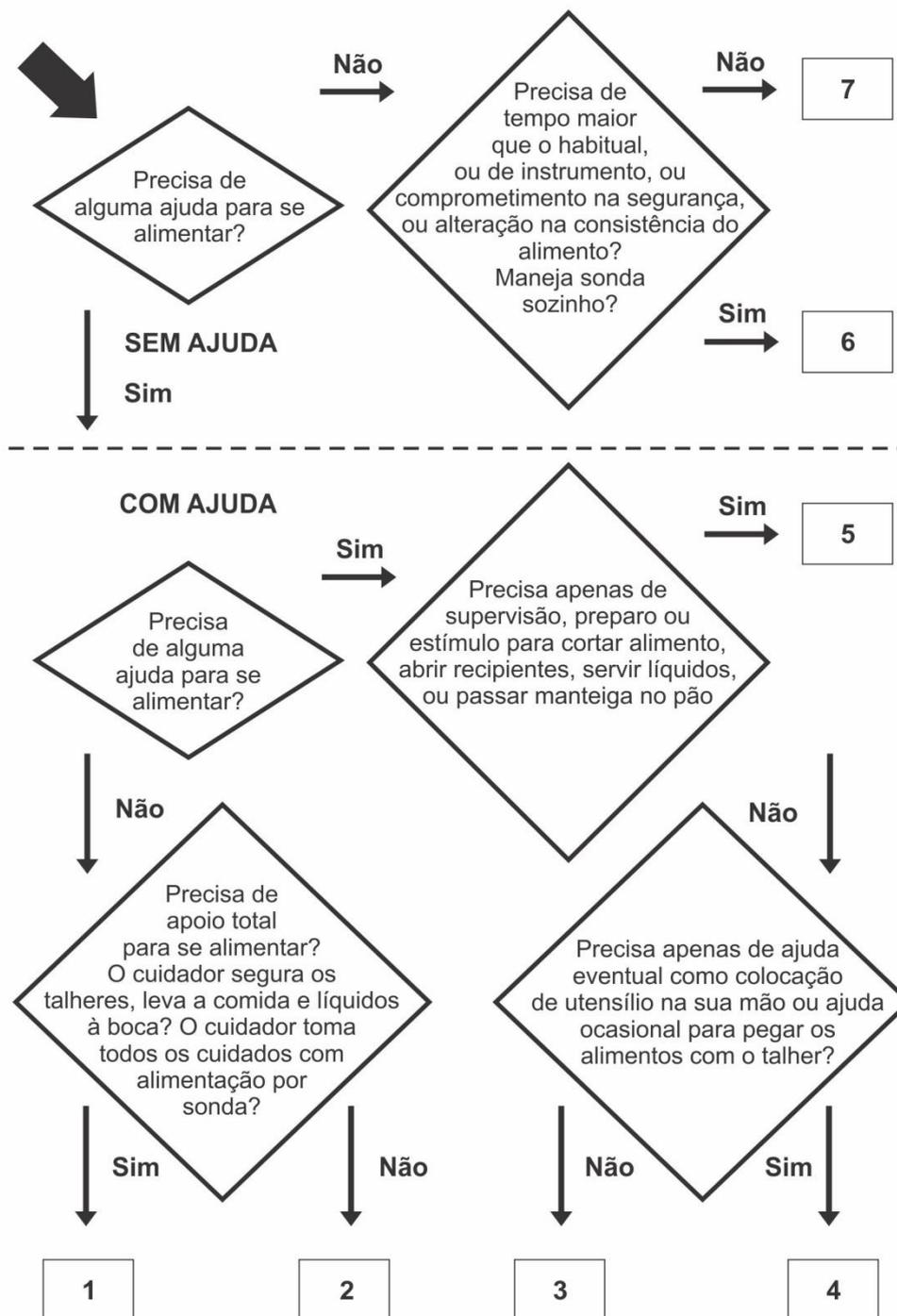


Figura 11 – Árvore de Decisões para mensuração da Tarefa Alimentação.

Fonte: BRASIL (2007a)

MIF - ÁRVORE DE DECISÕES - HIGIENE PESSOAL

(Considerar cuidados de apresentação e aparência: escovar os dentes, pentear os cabelos, lavar as mãos e o rosto. Fazer a barba ou maquiagem)

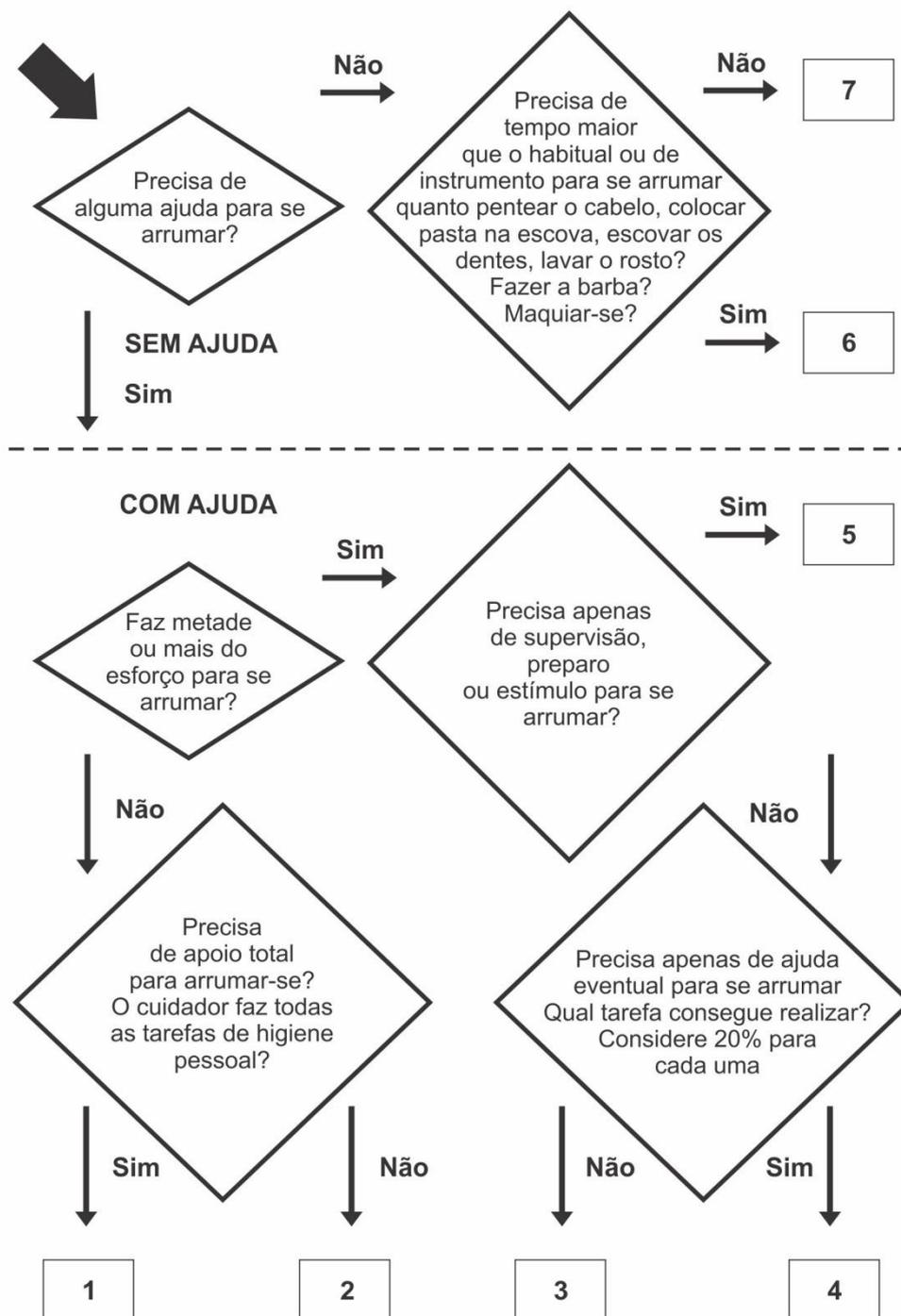


Figura 12 – Árvore de decisões para mensuração da Tarefa de Higiene Pessoal

Fonte: BRASIL (2007a)

MIF - ÁRVORE DE DECISÕES - BANHO

(Considerar lavar, enxugar e secar o corpo em segurança - exceto as costas)

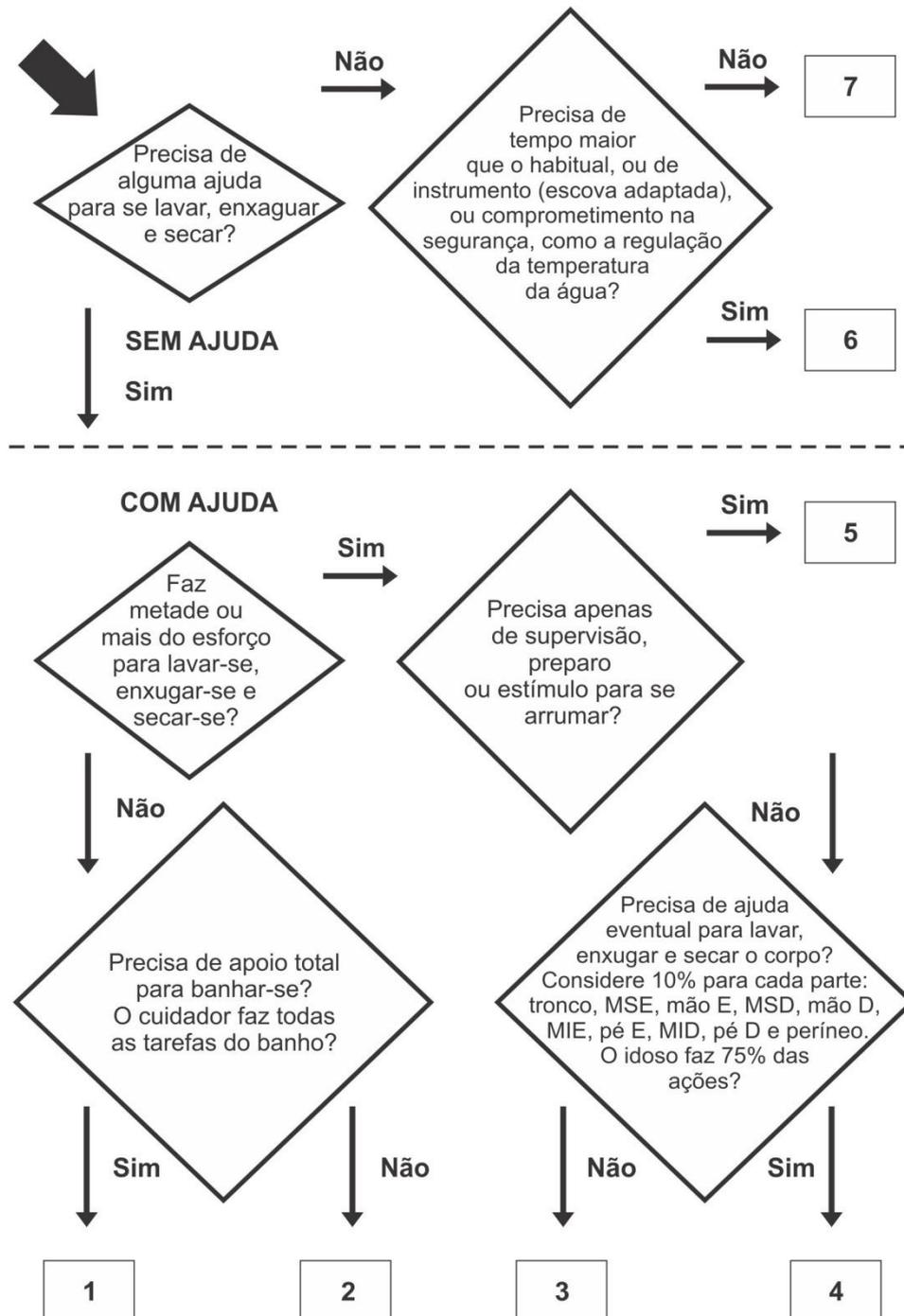


Figura 13 – Árvore de decisões para a mensuração da Tarefa Banho.

Fonte: BRASIL (2007a)

MIF - ÁRVORE DE DECISÕES - VESTIR-SE ACIMA DA CINTURA
 (Colocar e tirar roupa da cintura para cima. Necessário uso de prótese ou órtese?)

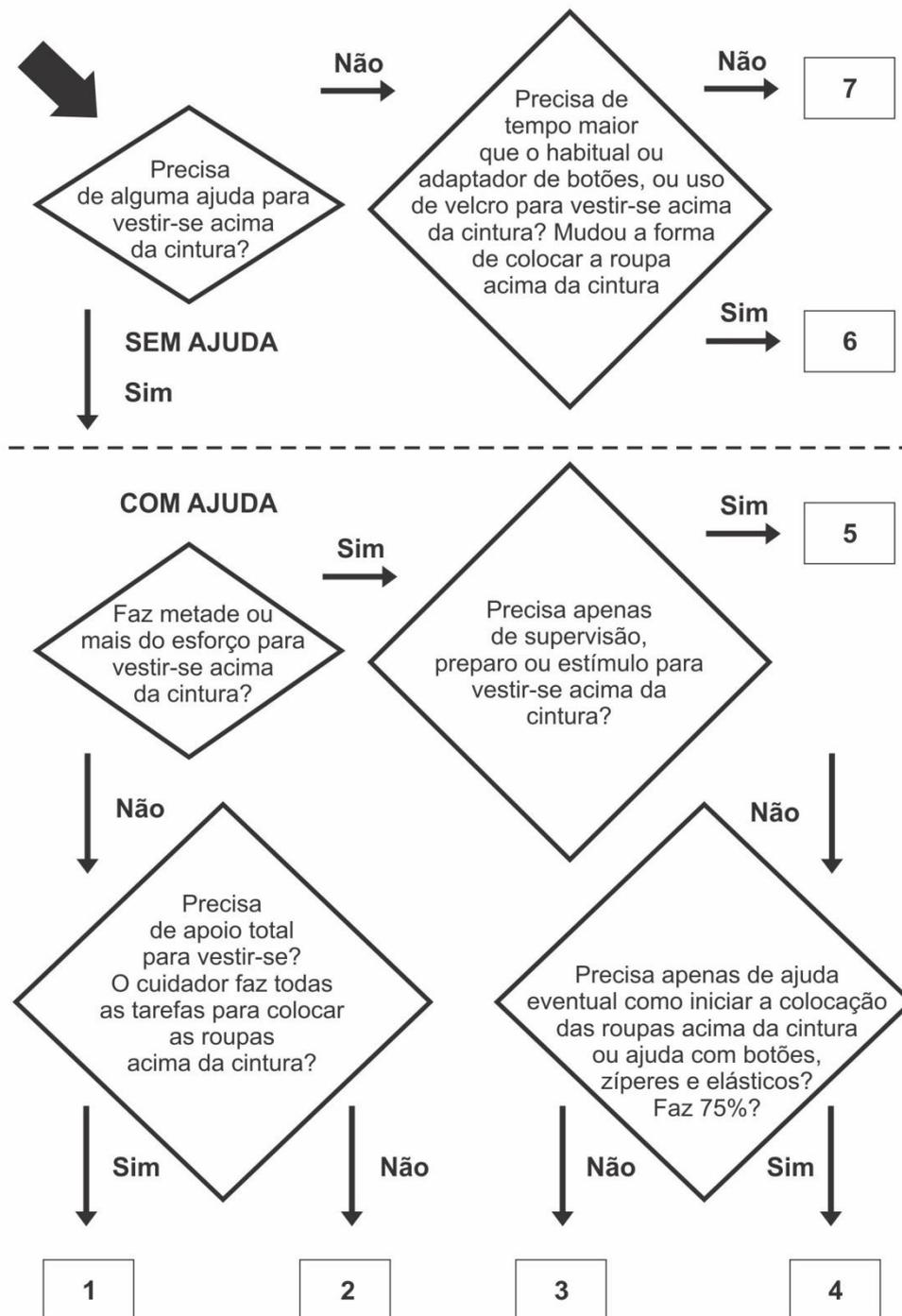


Figura 14 – Árvore de decisões para mensurar a Tarefa Vestir-se Acima da Cintura.

Fonte: BRASIL (2007a)

MIF - ÁRVORE DE DECISÕES - VESTIR-SE ABAIXO DA CINTURA

(Colocar e tirar roupa da cintura para baixo. Necessário prótese ou órtese?)

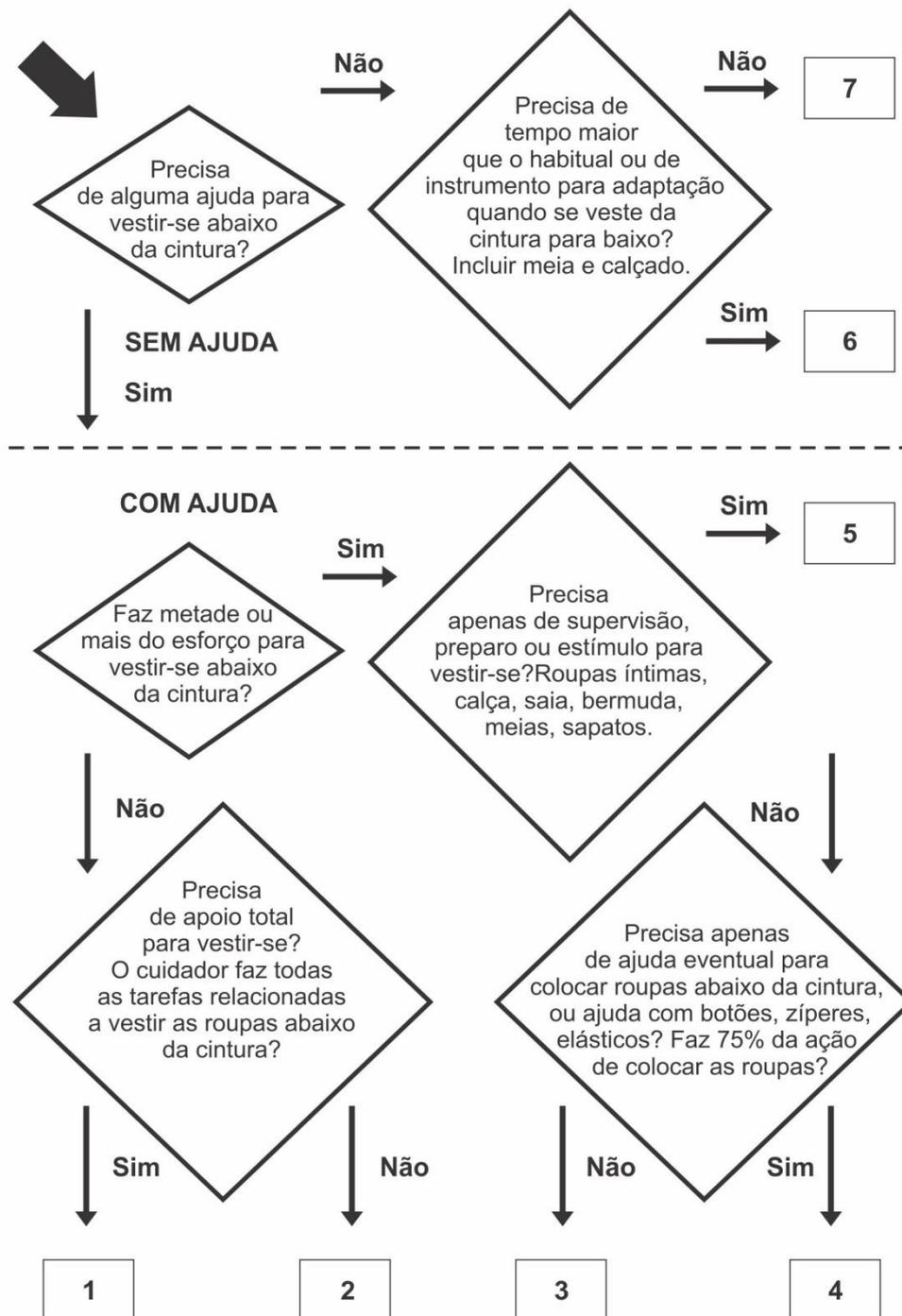


Figura 15 –Árvore de decisões para mensurar a Tarefa Vestir-se Abaixo da Cintura.

Fonte: BRASIL (2007a)

MIF - ÁRVORE DE DECISÕES - USO DO VASO SANITÁRIO

(Realizar a higiene perineal. Despir e vestir a roupa antes e depois de usar o vaso sanitário ou da comadre)

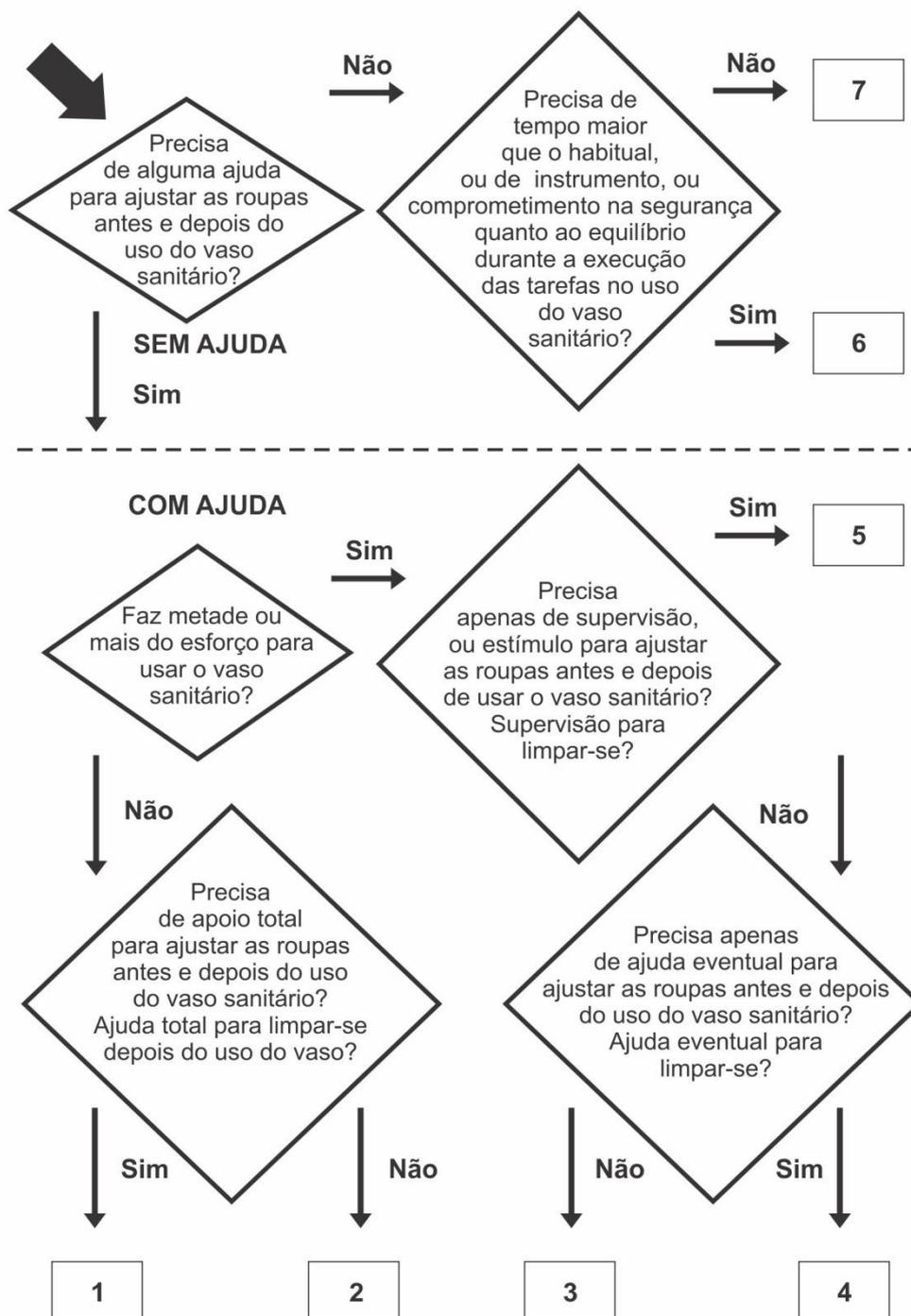


Figura 16 – Árvore de Decisões para a mensuração da Tarefa Uso do Vaso Sanitário

Fonte: BRASIL (2007a)

MIF - ÁRVORE DE DECISÕES - URINA - PARTE I

(Controle completo e intencional da diurese. Necessário utilizar equipamentos ou meios para o controle vesical?)

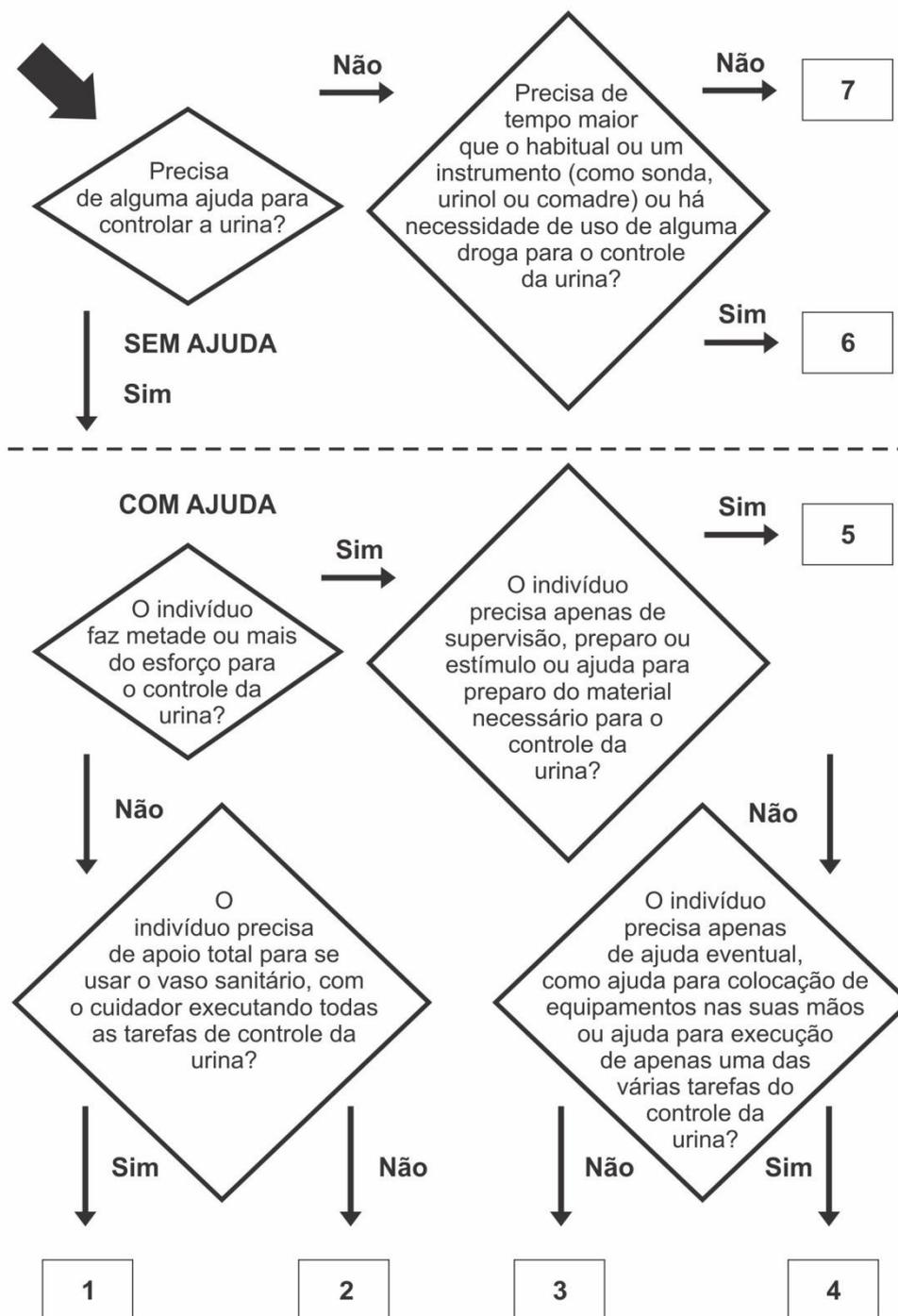


Figura 17.1 – Árvore de decisões para a mensuração da Tarefa Controle de Urina Parte I

Fonte: BRASIL (2007a)

MIF - ÁRVORE DE DECISÕES - URINA - PARTE II

(Considerar se há perdas urinárias e a freqüência. Mensal, Semanal, Diária.)

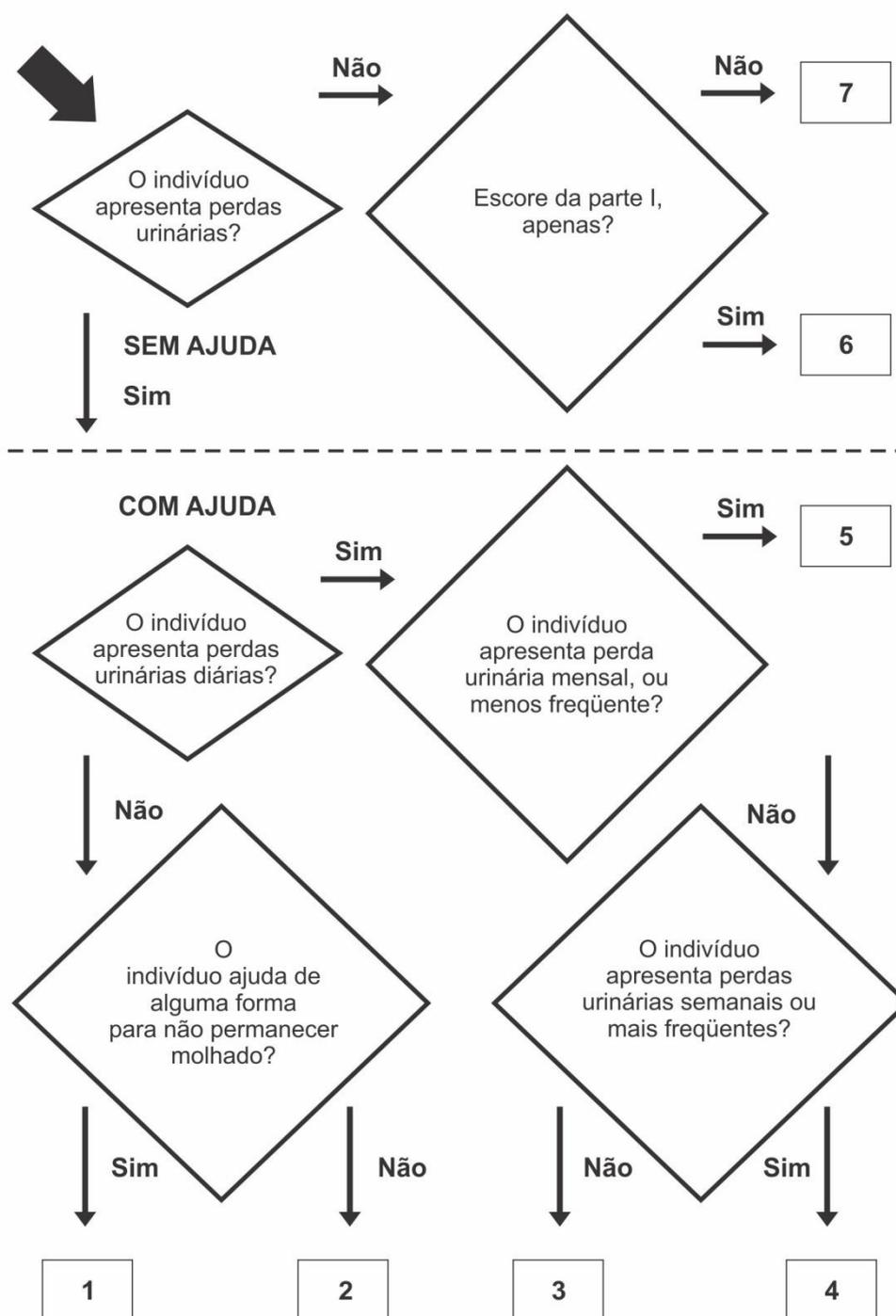


Figura 17.2 – Árvore de decisões para mensuração da Tarefa Controle de Urina Parte II.

Fonte: BRASIL (2007a)

MIF - ÁRVORE DE DECISÕES - FEZES - PARTE I

(Controle intencional e completo da defecação. Necessário equipamentos ou meios para defecar?)

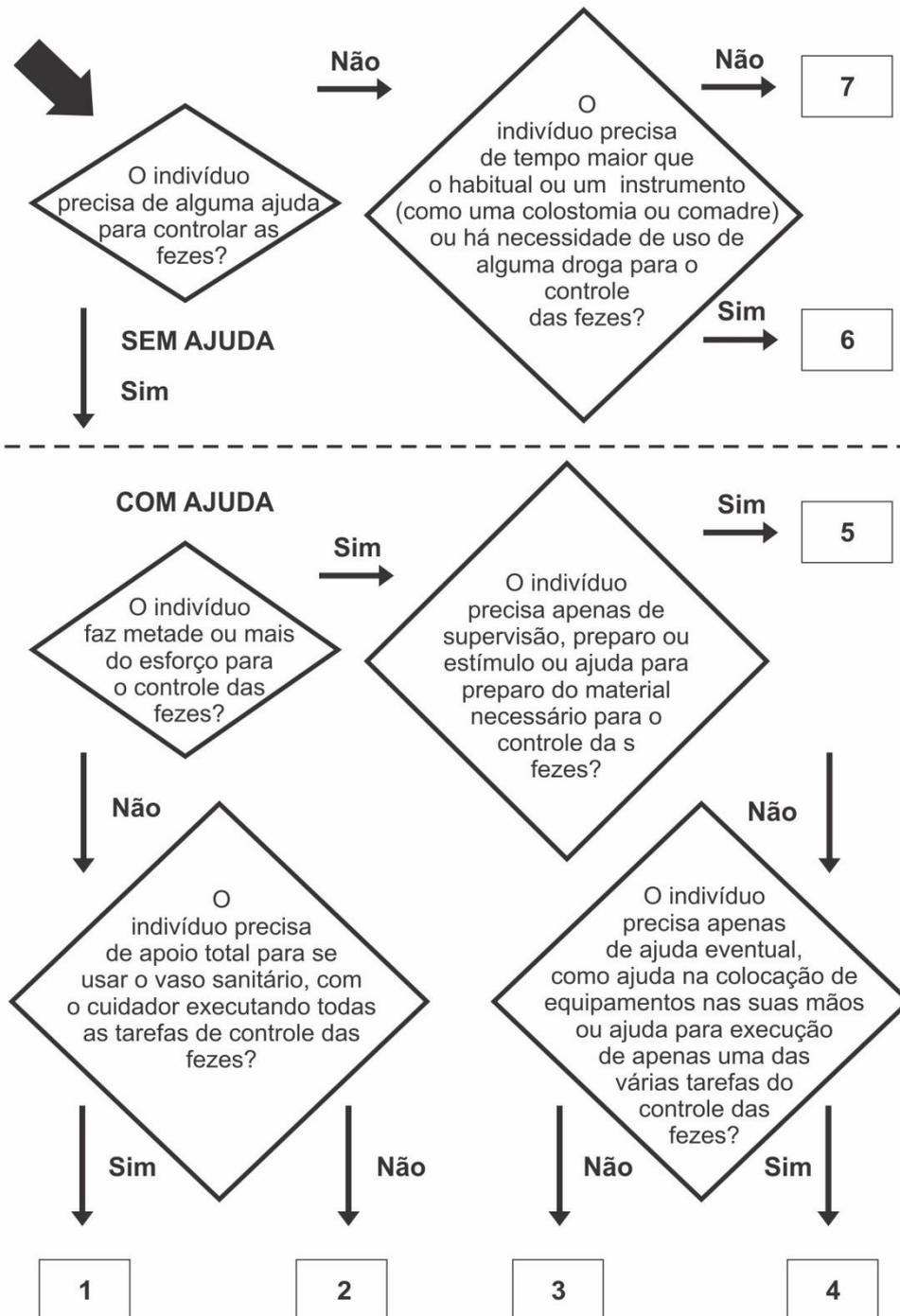


Figura 18.1 – Árvore de decisões para mensuração da Tarefa Controle de Fezes Parte I.

Fonte: BRASIL (2007a)

MIF - ÁRVORE DE DECISÕES - FEZES- PARTE II

(Considerar se há perda de fezes. Registrar freqüência: mensal, semanal, diária.)

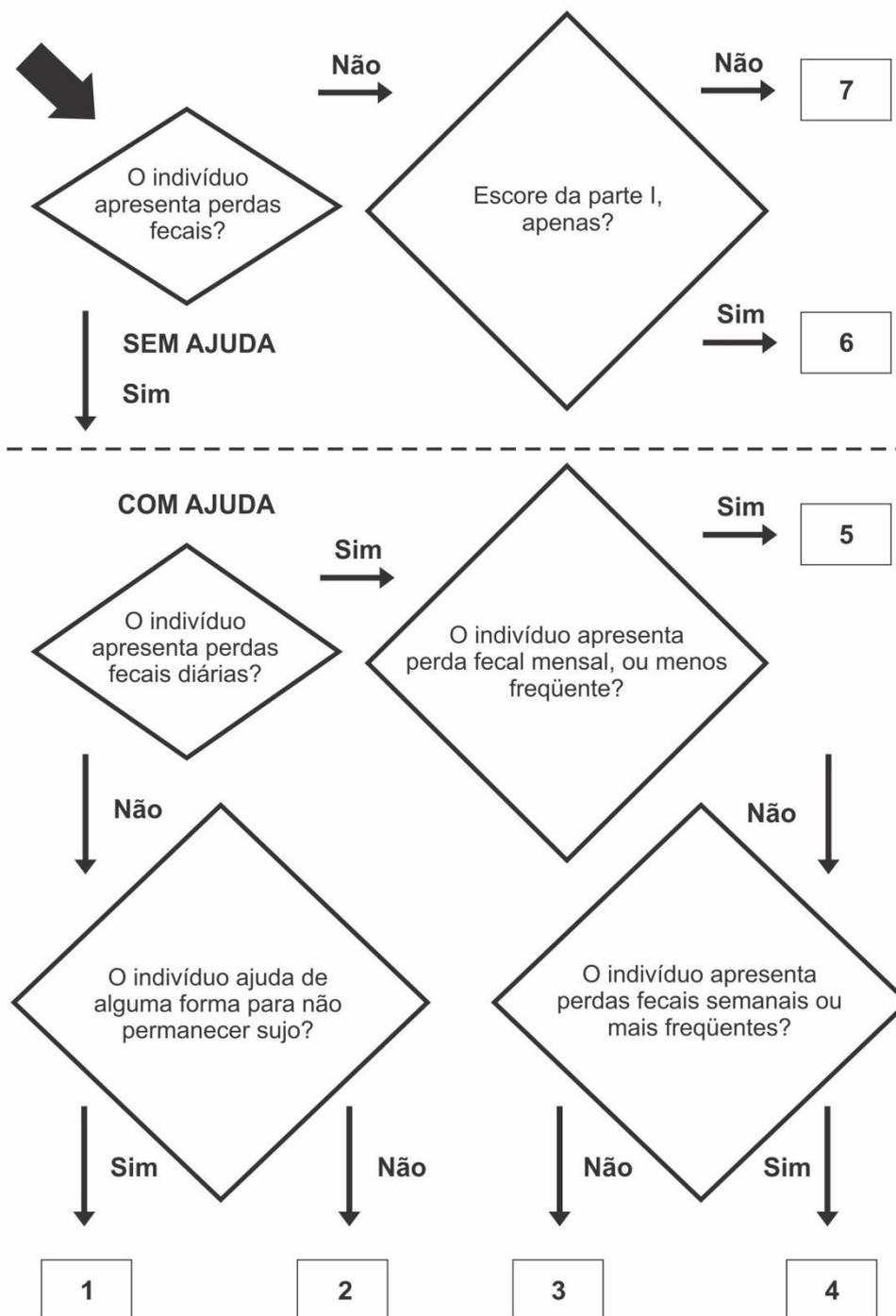


Figura 18.2 – Árvore de decisões para mensuração da Tarefa Controle de Fezes Parte II.

Fonte: BRASIL (2007a)

MIF - ÁRVORE DE DECISÕES - TRANSFERÊNCIA LEITO, CADEIRA E CADEIRA DE RODAS

(Considerar todos os aspectos relacionados a transferência de/para leito, cadeira ou cadeira de rodas. Passagem para a posição em pé.)



Figura 19 – Árvore de decisões para mensuração das Tarefas Transferência, Leito, Cadeira e Cadeira de Rodas.

Fonte: BRASIL (2007a)

MIF - ÁRVORE DE DECISÕES - TRANSFERÊNCIA VASO SANITÁRIO
 (Considerar passar/sentar - para o vaso sanitário e vice-versa.)

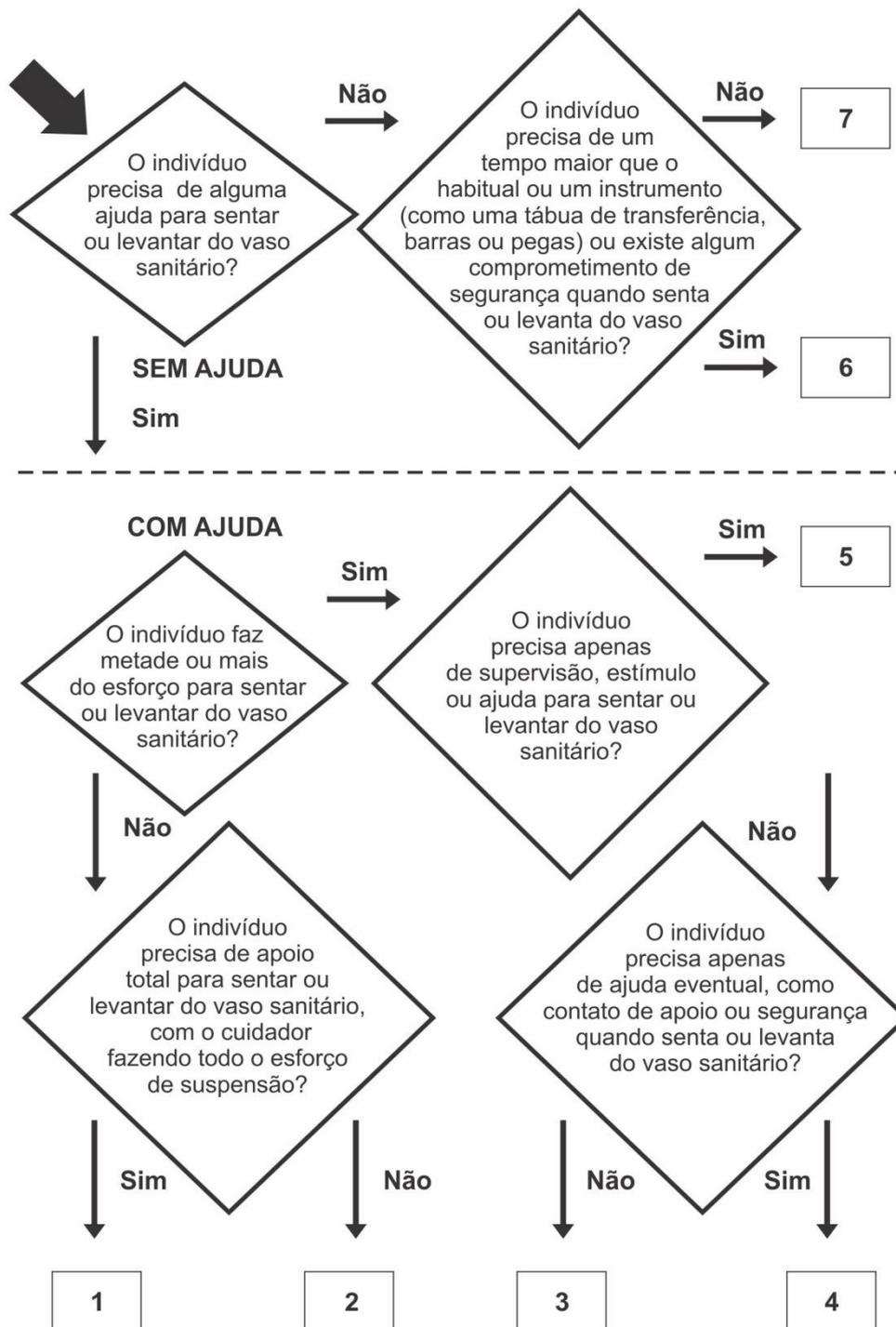


Figura 20 – Árvore de decisões para mensuração da Tarefa Transferência Vaso Sanitário

Fonte: BRASIL (2007a)

MIF - ÁRVORE DE DECISÕES - TRANSFERÊNCIA CHUVEIRO/BANHEIRA
 (Considerar entrar e sair do Box do chuveiro)

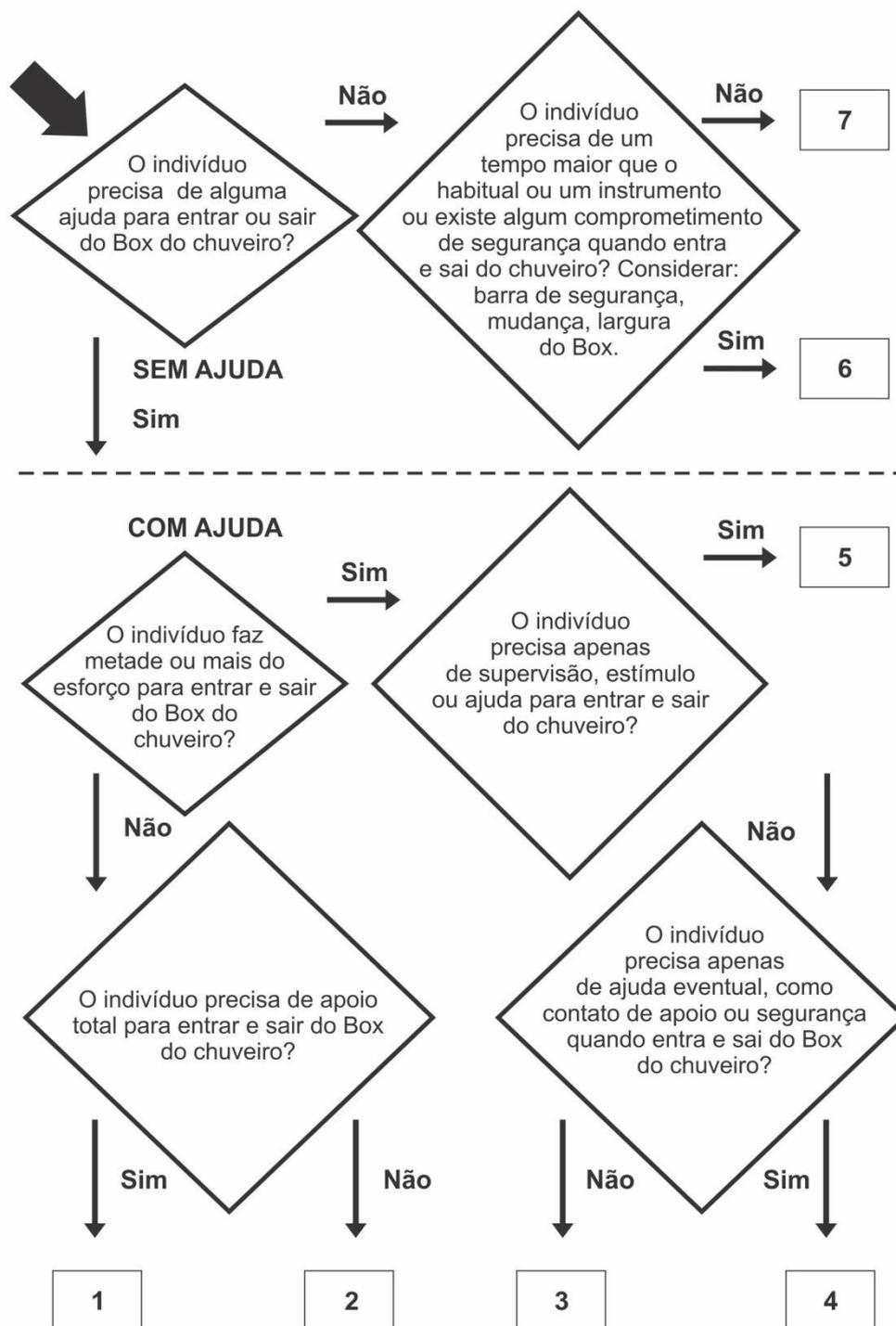


Figura 21 – Árvore de decisões para mensuração da Tarefa Transferência chuveiro/Banheira

Fonte: BRASIL (2007a)

MIF - ÁRVORE DE DECISÕES - LOCOMOÇÃO

(Avaliar o andar a partir da posição do pé ou utilização de cadeira de rodas - uma vez sentado - em piso plano. Considerar distâncias de 50m e depois de 17m)

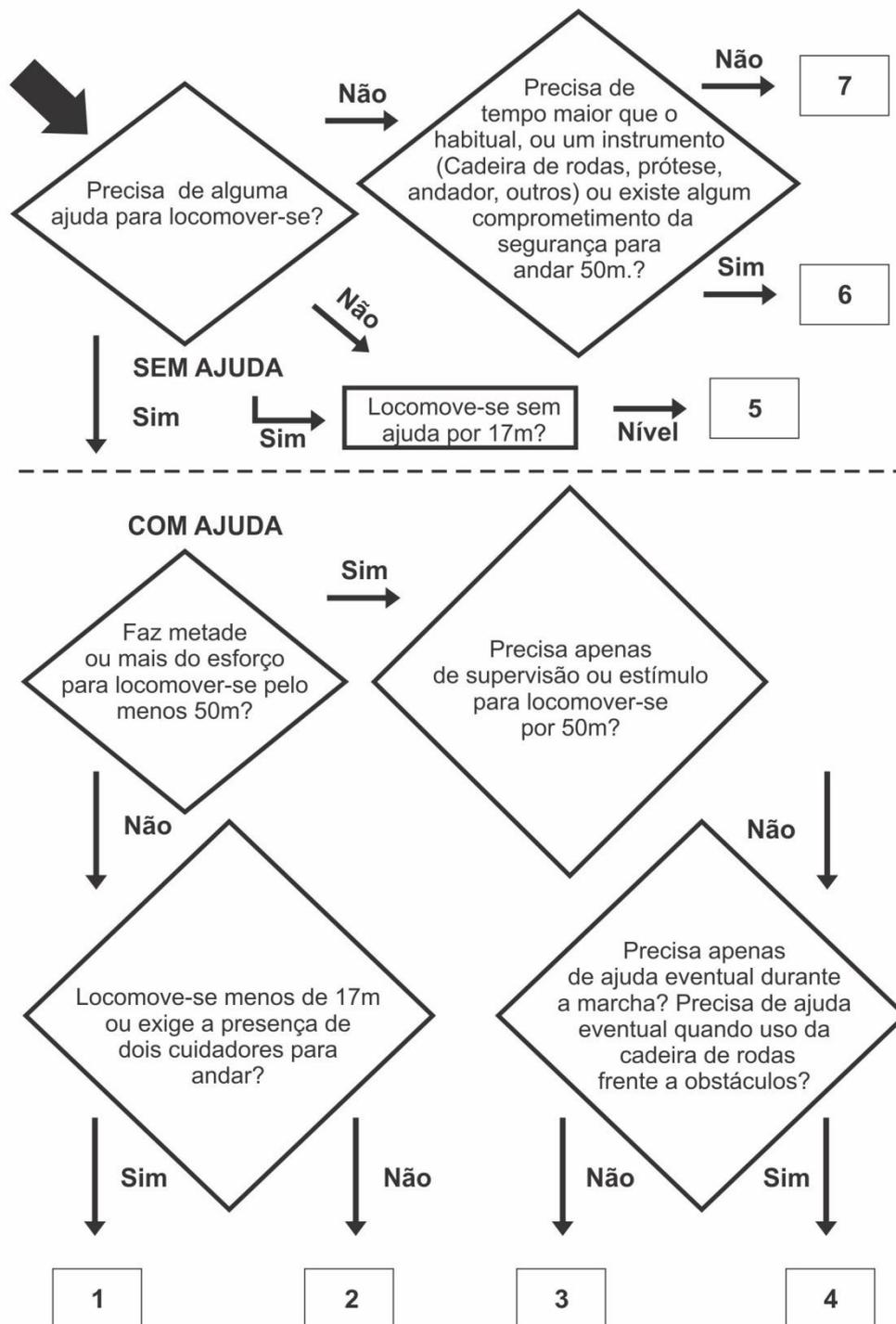


Figura 22 – Árvore de decisões para mensuração da Tarefa – Locomoção – Marcha.

Fonte: BRASIL (2007a)

MIF - ÁRVORE DE DECISÕES - LOCOMOÇÃO: ESCADAS

(Considere subir e descer 12 a 14 degraus - um lance de escadas. Ambiente interior)

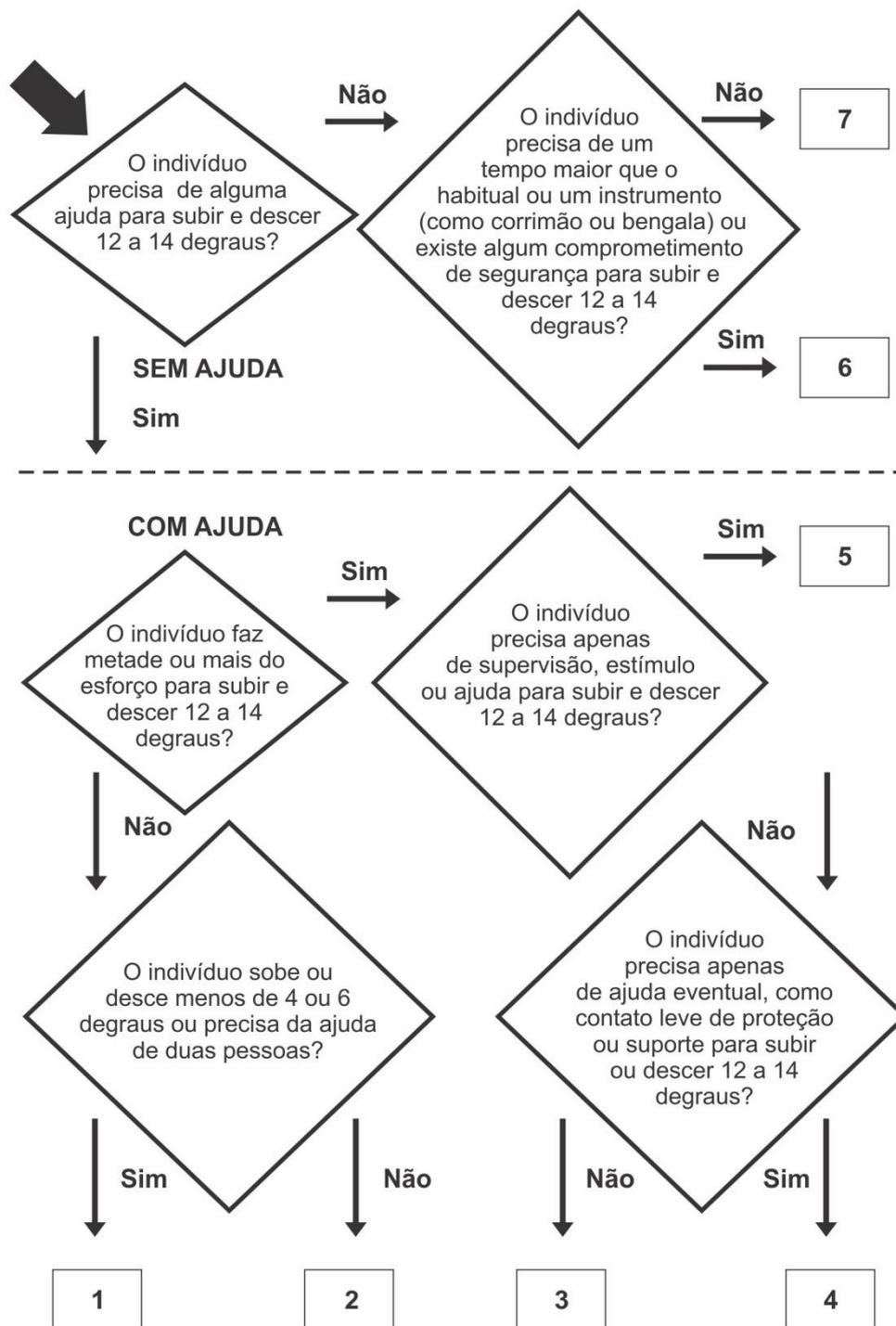


Figura 23 – Árvore de decisões para mensuração da Tarefa – Locomoção – Escadas

Fonte: BRASIL (2007a)

MIF - ÁRVORE DE DECISÕES - COMPREENSÃO

(Compreensão de uma comunicação visual ou auditiva. Registrar o modo de compreensão mais usual. Se são usados por igual, registrar (A) auditivo e (V) visual)



Figura 24 – Árvore de decisões para a mensuração da Tarefa – Comunicação – Compreensão.

Fonte: BRASIL (2007a)

MIF - ÁRVORE DE DECISÕES - EXPRESSÃO

(Expressão clara da linguagem verbal ou não verbal. Expressa informação lingüística verbal ou gráfica com sentido, gramática apropriada e exata. Avaliar e registrar o modo de expressão mais usual. Se ambos, registrar (V) verbal e (N) não verbal)

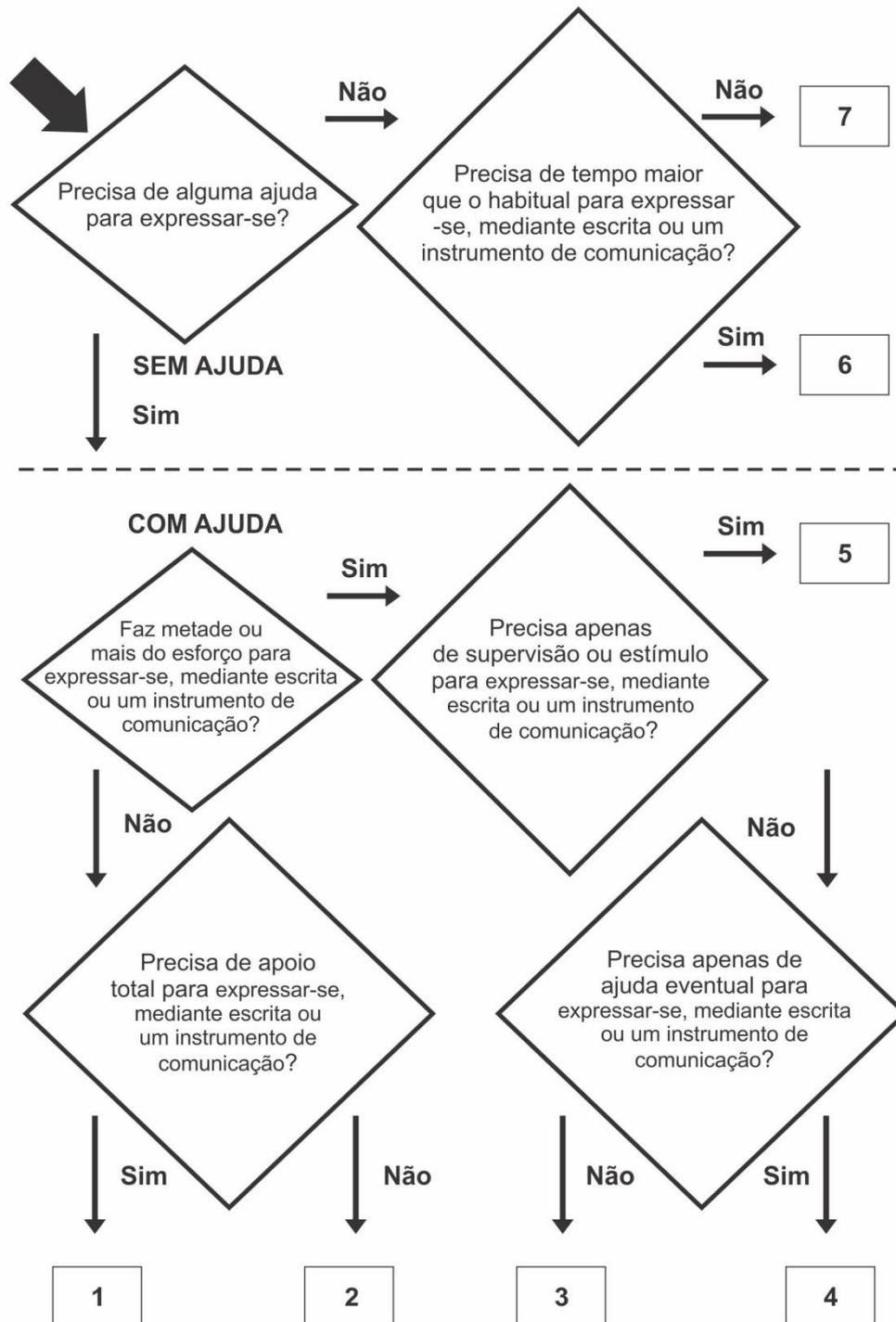


Figura 25 – Árvore de decisões para a mensuração da Tarefa – Comunicação – Expressão.

Fonte: BRASIL (2007a)

MIF - ÁRVORE DE DECISÕES - INTERAÇÃO SOCIAL

(Avalia o desempenho, a maneira [habilidade] como a pessoa lida com as suas próprias necessidades e em simultâneo com as dos outros)



Figura 26 – Árvore de decisões para a mensuração da Tarefa – Cognição Social - Interação Social.

Fonte: BRASIL (2007a)

MIF - ÁRVORE DE DECISÕES - RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS

(Avalia a tomada de decisões seguras ou adaptadas ao momento, acerca das tarefas sociais, financeiras e pessoais. Iniciativa para corrigir tarefas e atividades para resolução desses problemas)

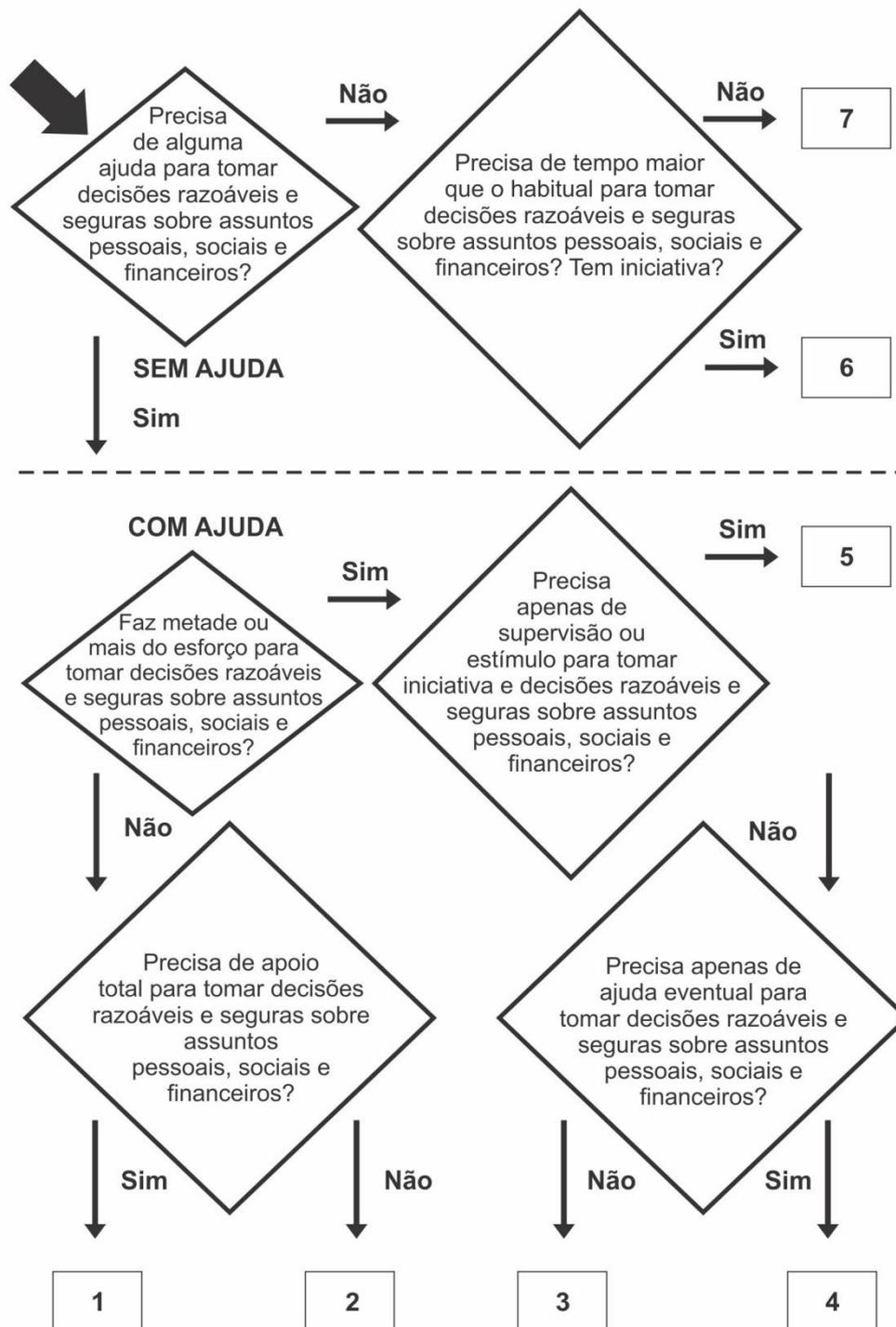


Figura 27 – Árvore de decisões para a mensuração da Tarefa – Cognição Social – Resolução de Problemas

Fonte: BRASIL (2007a)

MIF - ÁRVORE DE DECISÕES - MEMÓRIA

(Avalia capacidade [habilidade] de recordação e lembrança durante a vida corrente. Capacidade de armazenar e recuperar a informação verbal e visual.)

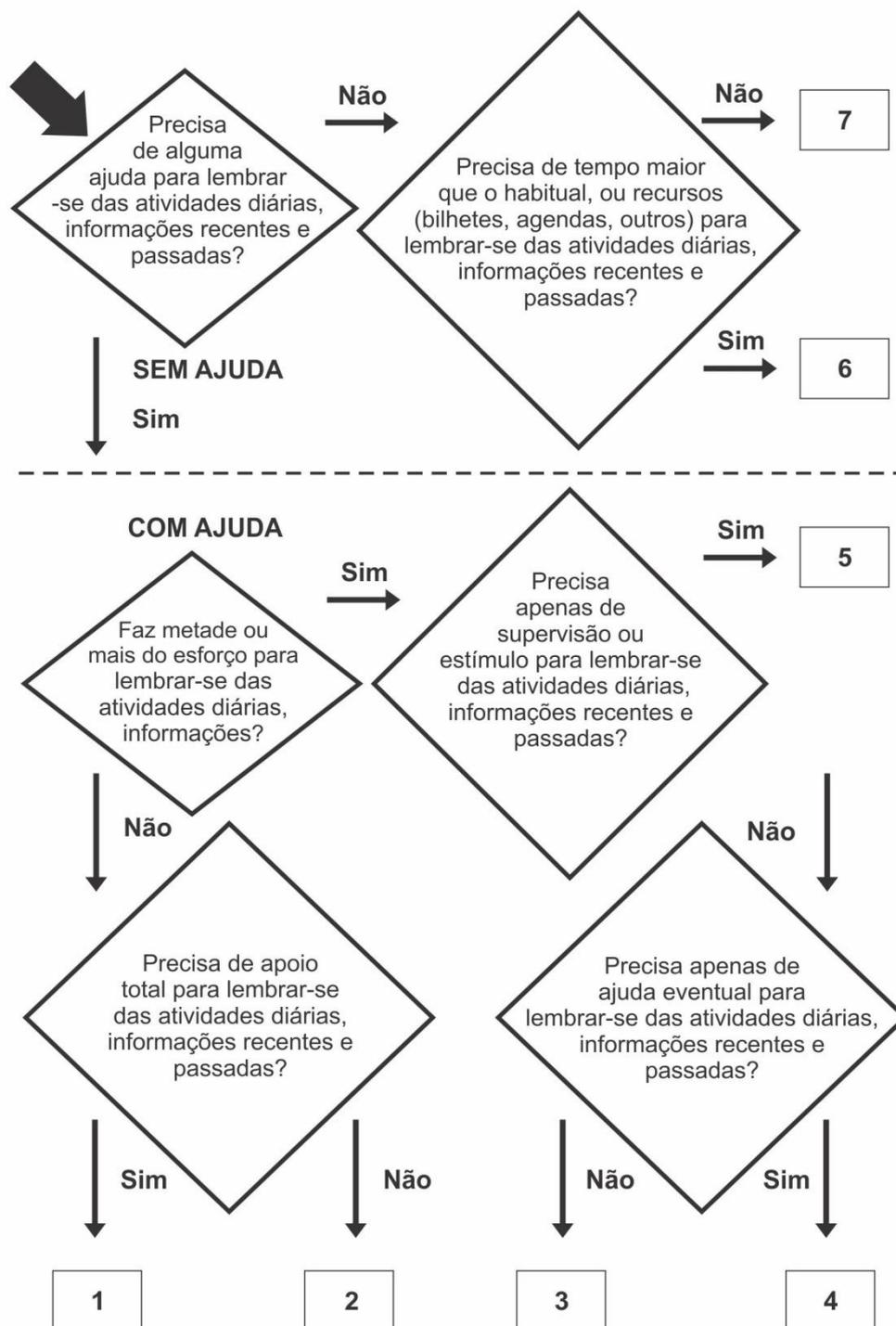


Figura 28 – Árvore de decisões para a mensuração da Tarefa – Cognição Social – Memória.

Fonte: BRASIL (2007a)

APÊNDICE VII – PRODUÇÃO TÉCNICA

**GUIA PARA A FORMAÇÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE NA
ASSISTÊNCIA À PACIENTES COM INCAPACIDADE FUNCIONAL**