

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

GUIA PARA A FORMAÇÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE NA ASSISTENCIA À
PACIENTES COM INCAPACIDADE FUNCIONAL

DOURADOS – MS

2016

TIAGO AMADOR CORREIA
MARCIA REGINA MARTINS ALVARENGA
CIBELE DE MOURA SALES

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

“Ensinar não é transferir conhecimento,
mas criar as possibilidades
para a sua própria produção
ou a sua construção”.
(Paulo Freire)

DOURADOS – MS
2016

C849g Correia, Tiago Amador

Guia para a formação de profissionais de saúde na assistência às necessidades de pacientes com incapacidade funcional / Tiago Amador Correia. Dourados, MS: UEMS, 2016.

Produção Técnica (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

OS AUTORES

Tiago Amador Correia

Graduado em Enfermagem pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul - UFMS (2005). Pós-graduado em Saúde do Trabalhador pela Escola de Saúde Pública do Estado do Mato Grosso (ESP-MT). Especialista em Educação na Saúde para Preceptores do SUS pelo Instituto de Pesquisa Hospital Sírio Libanês (IEP-HSL). Enfermeiro Supervisor da Unidade de Terapia Intensiva HU-UFGD, Coordenador de Enfermagem da Unidade de Terapia Intensiva Adulto HU-UFGD, Preceptor da Residência Multiprofissional HU/UFGD. Mestrando em Ensino em Saúde da UEMS (2014) e membro do Grupo de Pesquisas e Ensino de Saúde do Idoso - GPENSI/UEMS.

Márcia Regina Martins Alvarenga.

Graduada em Enfermagem pela Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia Don Domenico (1982), mestrado em Enfermagem Fundamental pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP (2000) e doutorado em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (2008). Professora Adjunta do Curso de Graduação em Enfermagem da UEMS. Docente permanente no Programa de Pós-Graduação - Mestrado Profissional - Ensino em Saúde da UEMS e da PG Mestrado em Enfermagem, da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS). Líder do GPENSI/UEMS e membro do Grupo de Pesquisas e Estudos em Educação e Saúde (GEPES) da UEMS.

Cibele de Moura Sales

Possui graduação em Enfermagem pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (1997) e mestrado em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (2002). Doutora em Ciências da Saúde pela UNB. Atualmente é professora efetiva da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul (UEMS) e docente do quadro permanente do Programa de Pós-graduação Stricto Sensu em Ensino em Saúde, Mestrado Profissional (PPGES), na linha de pesquisa Práticas Educativas em Saúde e na de Formação em Saúde. Tem atuado principalmente nos seguintes campos: Educação Popular em Saúde, Metodologias Ativas, Ensino à Distância, Saúde Mental, Planejamento e Programação nos Serviços de Saúde.

SUMÁRIO

	APRESENTAÇÃO	06
	INTRODUÇÃO	08
2	CONTEXTUALIZAÇÃO	09
3	OBJETIVOS DO GUIA	13
4	PERCURSO METODOLOGICO	13
5	OFICINA I – CUIDADO EM SAÚDE	18
6	OFICINA II – ESTUDOS DE DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS: UMA VISÃO MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE	32
7	OFICINA III – ABORDAGEM MULTIPROFISSIONAL FRENTE ÀS INCAPACIDADES FUNCIONAIS	42
8	OFICINA IV – EQUIPE MULTIPROFISSIONAL NA MENSURAÇÃO DA INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL	47
9	AVALIAÇÃO DO PROGRAMA	84
10	CONSIDERAÇÕES FINAIS	85
	REFERÊNCIAS	86

APRESENTAÇÃO

O desenvolvimento do “Guia para a formação de profissionais de saúde na assistência à pacientes com incapacidade funcional” trata da produção técnica desenvolvida no Curso de Pós-Graduação Stricto Sensu Ensino em Saúde - Mestrado Profissional (PPGES) da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul (UEMS).

Elaborado com o intuito de qualificar equipes multiprofissionais de saúde que exercem suas atividades em todos os níveis de atenção à saúde. Visa ampliar o atendimento especializado e melhorar a qualidade assistencial frente às demandas do paciente com incapacidade funcional. Busca, ainda, garantir a segurança da assistência integral desde a admissão hospitalar até sua alta, subsidiando ações de prevenção, promoção, recuperação e reabilitação em saúde.

A produção técnica orienta sistematicamente o processo formativo norteado pelas metodologias ativas de ensino e aprendizagem e estratégias educacionais que proporcionam para a equipe multiprofissional aprendizado ampliado diante de conteúdos importantes como: cuidado em saúde, agente cuidador em saúde, doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e suas incapacidades funcionais.

O “Guia para a formação de profissionais de saúde na assistência à pacientes com incapacidade funcional” subsidia o desenvolvimento de um programa educativo para a prática assistencial, executado por meio de quatro oficinas educativas. Cada oficina é composta por quatro encontros, totalizando 16 (dezesesseis). A oficina tem a finalidade de promover aprendizado, discussão e decisões sobre a investigação de problemas reais dentro do processo de trabalho na assistência à pacientes com incapacidade funcional, como também constituir grupos de estudos, afim de, solucionar esses problemas; planejar e definir ações; acompanhar e avaliar os resultados. Tudo coordenado por um agente facilitador com a função de organizar, desenvolver e avaliar as atividades do grupo.

As oficinas educativas subsidiam atividades presenciais e a distância, por meio de estratégias educacionais que exploram o conhecimento prévio do indivíduo, de forma problematizada, fomentando a busca de novos conhecimentos, capazes de transformar a realidade estudada. A realização dessas estratégias aprofunda conteúdos importantes relativos à assistência ao paciente com doença crônica e suas potenciais incapacidades funcionais, como também, capacita os profissionais de saúde na mensuração da independência funcional,

no qual, subsidia conhecimento técnico-científico para o planejamento integral de uma assistência multiprofissional em saúde de qualidade.

Esperamos que o Guia forneça subsídios para a execução de práticas educativas em saúde, que oportunize melhorar as ações voltadas a paciente com DCNT e suas incapacidades funcionais em todos os níveis de atenção.

INTRODUÇÃO

O desenvolvimento de práticas educativas em saúde voltadas para as doenças crônicas não transmissíveis e suas incapacidades funcionais passa a ganhar espaço no contexto de educação em saúde e na formação em saúde.

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) nos últimos anos constituem forte tendência de adoecimento da população mundial e brasileira, responsável por inúmeras mortes precoces, perda de qualidade de vida, aumento da dependência funcional, como também, impactos socioeconômicos (MALTA et al, 2015). A prevenção, o controle e o tratamento das DCNT e suas incapacidades funcionais e a manutenção da independência funcional da população são uns dos grandes desafios para o nosso sistema público de saúde.

Nesta perspectiva o “Guia para a formação de profissionais de saúde na assistência à pacientes com incapacidade funcional” tem o propósito de formar profissionais de forma problematizada e reflexiva, baseada nas experiências prévias dos participantes, com a aproximação dos participantes diante das necessidades da realidade.

O processo de formação é fundamentado pelas metodologias ativas de ensino e aprendizagem, embasadas no princípio da autonomia, centradas no educando como indivíduo principal do processo de aprendizagem, concebidas através do diálogo entre os sujeitos envolvidos, permitindo assim, a construção de novos conhecimentos e de transformação da realidade (HOFFMANN E KOIFMAN, 2013).

Esta proposta de formação é composta de quatro oficinas educativas, através de estratégias educacionais que resgatam o saber do educando e o amplia para a transformação de sua realidade. Os processos educativos que serão desenvolvidos são componentes de transformação social, fortalecendo o saber prévio do educando, afim de, tornar o aprendizado significativo, capaz de transformar a realidade dos envolvidos.

O processo de formação proposto será descrito a partir dos referenciais teóricos adotados para a execução das práticas educativas, o percurso metodológico, a descrição das oficinas educativas e algumas considerações de todo o processo.

1. CONTEXTUALIZAÇÃO

A educação em saúde, ainda apresenta traços da herança do modelo sanitarista, influenciada pelo contexto histórico e pelo higienismo. As ações são executadas de forma tecnicista e autoritária, voltadas quase que exclusivamente para a cura da doença. Nesta perspectiva, as ações educativas, na atualidade, sofrem grande influência deste contexto histórico, que enfatiza a responsabilidade individual limitando ao acesso de informações e conhecimento.

A Reforma Sanitária junto com a democratização do Estado brasileiro, a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde e a Constituição de 1988, foram responsáveis pelo início de novo modelo de saúde, despertando a necessidade de uma educação no campo da saúde centrada na coletividade, participação social e integrativa (RENOVATO e BOGNATO, 2012).

Nesse período na década 80, começam a aparecer os pressupostos de educação popular no campo da saúde, inspirados nas ideias e práticas desenvolvidas por Paulo Freire. Diante desses fatos, os profissionais de saúde passam a introduzir ações de educação em saúde voltadas para a dinâmica e realidade das populações comunitárias. Essas experiências realizadas em parcerias com outros segmentos sociais foram nomeadas como Movimento Popular em Saúde ou Educação Popular em Saúde (PIMENTA et al, 2007).

A Educação Popular em Saúde é pautada no diálogo e na troca de saberes entre o educador e educando. O saber popular é valorizado e alvo do Movimento Popular em Saúde (VASCONCELOS, 2008). A Educação Popular em Saúde é caracterizada como “a teoria a partir da prática e não a teoria sobre a prática” como ocorre na educação em saúde tradicional (HURTADO, 2007, p. 02).

A educação popular é um dos grandes referenciais de Paulo Freire, no qual sugere a valorização dos saberes populares, construídos pela sociedade, através da exposição de vivências prévias e diálogo. Segundo Freire (2005), o educar deve estar inserido em elementos de abertura, disponibilidade e curiosidade dos educandos, explorando assim novos saberes e novos conhecimentos. O processo de educação popular parte da premissa que todos os atores envolvidos, sejam eles, os profissionais de saúde, como também a comunidade, conhecem e desconhecem algo, portanto a troca de vivência e o diálogo são ferramentas essenciais para a sua realização.

Nessa perspectiva, discute-se a formação em saúde como “quadrilátero de formação”, no qual amplia-se a responsabilidade da formação dos profissionais de saúde em 4 eixos importantes, sendo eles: o ensino, o serviço, a participação da gestão e do controle social, que “propõe construir e organizar uma educação responsável por processos interativos e de ação na realidade para operar mudanças, mobilizar caminhos, convocar protagonismos e detectar a paisagem interativa e móvel de indivíduos, coletivos e instituições.”(CECCIM e FEUERWERKER, 2004 p.59).

Neste contexto, os métodos tradicionais de ensino são muitas vezes insuficientes para atender essa perspectiva de formação, exigida não só pela evolução histórica da educação em saúde como também, orientado pelas Leis de Diretrizes Bases da Educação Nacional (LDB) e pelas Diretrizes Curriculares dos Cursos da Saúde, bases legais que orientam a reestruturação dos projetos pedagógicos; fomentam a necessidade de formação de profissionais críticos, reflexivos, dinâmicos, ativos, capazes de atender as demandas sociais, assumindo a liberdade e cidadania; e de compreender as necessidades do mundo atual (ITO et al, 2006).

As metodologias ativas de ensino e aprendizagem se apresentam nesse cenário como tendência para suprir essas demandas construídas ao longo da evolução da Educação em Saúde. Essas metodologias junto com a educação para adultos impulsionam a aprendizagem e a superação de desafios, a resolução de problemas e a construção do conhecimento novo a partir de conhecimentos e experiências prévias dos indivíduos. (FREIRE,2006).

Segundo Mitre et al (2008) o método ativo de ensino e aprendizagem utiliza a problematização como estratégia de ensino. Motivam o aluno na participação ativa do aprendizado, pois diante de um problema levantado, ele se detém, analisa, reflete, resgata as suas vivências e ressignifica suas descobertas. Para estes autores, a problematização estimula o aluno ao contato com as informações de seu convívio, despertam a necessidade de busca de novas informações, garantindo assim a produção do conhecimento, afim de, solucionar os impasses da realidade e promover o desenvolvimento social.

A metodologia ativa junto com a problematização são estratégias inovadoras que estimulam a discussão e a análise crítica dos problemas e conteúdos levantados. O método valoriza os espaços sociais, configurado como ambientes de trocas de saberes, em que se enfatiza a produção da saúde como produção de subjetividades. Neste contexto, as estratégias educacionais norteadas pelos pressupostos teóricos dos métodos ativos de ensino e aprendizagem contribuem para sistematizar os conteúdos estudados, amplia a reflexão sobre os referenciais teóricos, estimulam o pensamento reflexivo e crítico, características

fundamentais para aprofundar o processo de empoderamento dos profissionais de saúde (COTTA et al, 2013).

A teoria da problematização é uma das principais estratégias educacionais que embasam os métodos ativos de ensino e aprendizagem. Para Mitre et al (2008), o ensino pela problematização ou baseado em um problema, propõe a construção de movimentos que busque a resolução dos problemas. Sob esse aspecto, o método Arco de Maguerez construído por Charles Maguerez representa os movimentos básicos para efetivação do aprendizado através da problematização, sendo eles, a observação da realidade, pontos chaves, teorização, hipóteses de solução e aplicação da realidade.

Nessa perspectiva a aprendizagem passa a ser desenvolvida tendo como base os problemas levantados da realidade, denominada de Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP). Esses problemas têm o objetivo de gerar dúvidas, inquietações e reflexões, motivando a uma prática e estímulo de solução. (MEZZARI, 2011).

Para representar os movimentos desse processo de ensino e aprendizagem, a figura 1 esquematiza o “espiral construtivista” que traduz a relevância de diferentes etapas educacionais, desencadeadas por ações articuladas e que se alimentam entre si, valorizando o conhecimento prévio e suas vivências, fato essencial para a aprendizagem e análise crítica de fontes de informações (LIMA et al, 2013).

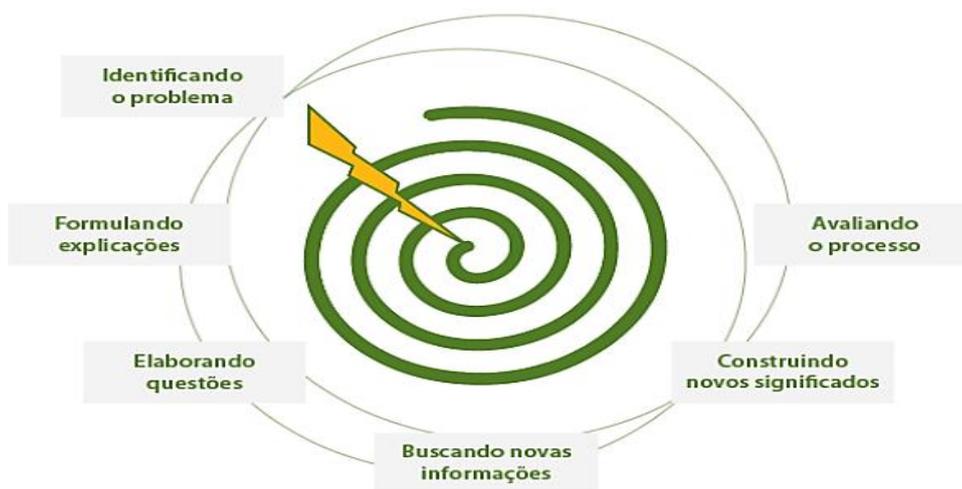


Figura 1 – Espiral Construtivista.

Fonte: (LIMA et al, 2013, p. 17).

Várias são as estratégias que problematizam o aprendizado tornando-o significativo. A situação problema e as narrativas são estratégias potentes para essa problematização.

As situações problemas são atividades para o processamento de situações baseadas no mundo do trabalho, elaboradas por autores envolvidos no processo de aprendizado, no qual, cumpre o papel de disparadoras de aprendizagem. Elas são processadas em dois momentos: síntese provisória, na qual resgata e levanta os problemas reais do contexto em que os educandos estão inseridos; e nova síntese, onde o educando fundamenta as hipóteses construídas e transforma a realidade (LIMA et al, 2013).

Outra potente estratégia educacional utilizada pela Aprendizagem Baseada em Problemas (APB) é a utilização da roda de conversa como método de discussão e diálogo do processo de aprendizado.

A roda de conversa é utilizada nos processos de leitura e intervenção comunitária. Destaca o ator social como o principal no processo de aprendizado, consiste em um método de participação coletiva de debates acerca de um conteúdo, fortalecido por um espaço dialogado, garantindo o direito de se expressar e praticar a escuta. O método fortalece a autonomia dos sujeitos através da problematização, além de socializar os saberes e a reflexão voltada para a ação. A roda de conversa oportuniza a troca de experiências, conversas, discussão e divulgação de conhecimentos entre os envolvidos nesta metodologia (NASCIMENTO e SILVA, 2009).

Importante ressaltar a figura do educador dentro do processo de aprendizado, o educador passa a ser denominado de facilitador com responsabilidade de mediar e apoiar a construção do conhecimento diante de todo esse processo, permitindo que o estudante se aproprie do problema de forma independente e autônoma, além de, propiciar modelos e cenários de ensino que permitam o trabalho e a aprendizagem em níveis adequados de complexidade e relevância (GEMIGNANI, 2012).

Diante de todo esse contexto, as práticas educativas em saúde atualmente, têm a perspectiva de fortalecer o controle social, ou seja, a comunidade, frente as suas necessidades reais e assistenciais.

Dentre tantas necessidades reais que carecem de assistência especializada e qualificada, destacam-se aquelas provenientes das doenças crônicas não transmissíveis.

Segundo Malta et al (2015, p 04) “as DCNT respondem por 36 milhões, ou 63%, das mortes anualmente no mundo, com destaque para as doenças do aparelho circulatório, diabetes, câncer e doença respiratória crônica”. Ducan et al (2012) reforçam esta informação

ao destacar que cerca de 80% dos óbitos no mundo por DCNT ocorreram em países de baixa ou média renda, com 29% dos óbitos em adultos com menos de 60 anos, dados diferentes nos países de alta renda que possui um percentual de 13%.

A prevenção de DCNT e das incapacidades funcionais são fatores importantes para a manutenção da qualidade de vida da população, pois busca garantir a autonomia do indivíduo dentro do contexto social, econômico e familiar.

Atualmente as práticas educativas em saúde que garante a formação de profissionais capazes de assistir na integralidade, pacientes com doenças crônicas e incapacidades funcionais, têm grande relevância no contexto de saúde pública do país. Fato que reforça a necessidade de investimentos específicos em programas educacionais de forma continuada e permanente, potentes na formação em saúde e que busca uma assistência resolutiva, de qualidade, desenvolvida de forma multiprofissional e interdisciplinar, a fim de atender todas as demandas assistências da comunidade.

3. OBJETIVOS

Formar profissionais de saúde na assistência à pacientes com incapacidade funcional.

Discutir conteúdos na formação de profissionais de saúde na assistência à pacientes com doenças crônicas e incapacidades funcionais.

Desenvolver conhecimento específico na mensuração da independência funcional através do instrumento MIF.

4. PERCURSO METODOLÓGICO

Desenvolvida uma pesquisa-ação com abordagem qualitativa a partir da experiência profissional como enfermeiro assistencial e preceptor da residência multiprofissional em saúde em um hospital universitário. Na 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 os profissionais de saúde diante da assistência à pacientes

com incapacidade funcional e o desconhecimento dos profissionais de saúde quanto a mensuração da independência funcional.

A pesquisa foi realizada no município de origem do pesquisador em um hospital universitário no qual exerce atividades assistenciais e de ensino. Os participantes das práticas educativas foram 22 (vinte e dois) profissionais de saúde das áreas de nutrição, psicologia e enfermagem, sendo eles preceptores e residentes do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde. Estes integrantes foram divididos em 02 grupos de 11 pessoas. Não houve processo de seleção, apenas divulgação e carta convite.

Para a avaliação funcional e mensuração da capacidade funcional dos pacientes estudados foi utilizado o instrumento denominado de MIF (Medida de Independência Funcional) – (Quadro 1). Optou-se pela MIF por ser um instrumento validado e utilizado internacionalmente, preconizado pelo Ministério da Saúde. O instrumento mensura a ajuda necessária para a realização de um conjunto de 18 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 esfínteres; 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).

As práticas educativas foram desenvolvidas simultaneamente às práticas assistenciais. O desenvolvimento do programa educativo e assistencial 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 05 horas presenciais e de 05 horas a distância, sendo 10 horas semanais, totalizando 160 horas. Para cada oficina educativa foi desenvolvido um plano de atividade com a seguinte estrutura: título, contextualização, objetivos, método, avaliação do encontro, discussão e resultados e referências bibliográficas.

O programa educativo foi avaliado por meio 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. A avaliação formativa consiste na prática da avaliação contínua realizada durante o processo de ensino e aprendizagem, com finalidade de melhorar as aprendizagens em curso, por meio de um processo de regulação permanente.

4.1 Estrutura das oficinas educativas

A **oficina I** “Cuidado em Saúde” é um espaço para promover a reflexão, discussão e aprendizagem para a equipe de saúde. Os planos de atividades de 01 a 04 trazem a orientação e planejamento das ações abordando os seguintes conteúdos:

- Socialização do projeto educacional na capacitação da equipe de saúde na assistência à pacientes com incapacidade funcional.
- Concepção e caracterização de cuidadores em saúde.
- Habilidades e competências do agente cuidador.
- Assistência em rede de saúde.
- Concepção de Doenças Crônicas Não-Transmissíveis e suas incapacidades funcionais.

A **oficina II** “Estudo das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT): uma visão multiprofissional em saúde” é relevante para este projeto de formação, por oportunizar conhecimento específico frente às doenças crônicas e suas incapacidades.

Os planos de atividades 05 a 07 trazem a orientação e planejamento das ações que serão realizadas nesta oficina abordando os seguintes conteúdos de formação:

- Novos referenciais teóricos trabalhando as DCNT e suas incapacidades funcionais através da problematização.
- Apresentação de referenciais teóricos preconizado pelo Ministério da Saúde frente à DCNT e incapacidades funcionais.
- Sintetize de conhecimento frente aos referenciais encontrados e reflexão da prática multiprofissional em saúde.
- Construção de narrativas que compartilha com o grupo o conhecimento prévio do profissional, problematizando o seu aprendizado e ampliando o conhecimento através da busca e sintetizando através da nova síntese.

A **oficina III** “Abordagem multiprofissional frente às incapacidades funcionais” oportuniza o aprendizado do grupo na abordagem multiprofissional a pacientes com incapacidade funcional, mensurado pela Medida de Independência Funcional (MIF) diante das seis dimensões teóricas deste instrumento.

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 estar 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.

Os planos de atividades 09 e 10 trazem a orientação e planejamento das ações que serão realizadas e abordará os seguintes conteúdos de formação:

- Novos referenciais teóricos frente às Incapacidades funcionais e Medida da Independência Funcional.
- Apresentação, aplicação e interpretação instrumento MIF.

A **oficina IV** “Equipe multiprofissional na mensuração da independência funcional”, oportuniza o aprendizado multiprofissional na aplicação da MIF com o intuito de subsidiar o planejamento assistencial frente a necessidade do cuidado ao paciente com incapacidade funcional e orientação da família nas unidades assistenciais de escolha das práticas educativas e execução das oficinas.

Amplia o conhecimento do grupo na necessidade de desenvolver uma assistência acolhedora e integral para o paciente e família; garantindo ações e intervenções em busca da recuperação da saúde e da reabilitação e independência do paciente.

Os planos de atividades de 11 a 16 trazem a orientação e planejamento das ações que serão realizadas com abordagem dos seguintes conteúdos de formação:

- Estudo detalhado do instrumento MIF e sua aplicação no planejamento assistencial multiprofissional em saúde.
- Assistência em saúde multiprofissional, interdisciplinar e transdisciplinar.
- Levantamento do perfil de incapacidades funcionais dos pacientes.
- Avaliação do programa educativo.

OFICINA I – CUIDADO EM SAUDE

Semana de Aprendizado I - Plano de Atividades

O **primeiro encontro** vem com o objetivo de socializar as práticas educativas que serão executadas. Orienta a apresentação do projeto educacional, seja ele projeto de extensão, curso de capacitação e qualificação ou programa permanente de educação em saúde.

A socialização do projeto deve exercer a metodologia adotada pelo facilitador ou tutor de aprendizagem. Sugere a apresentação de itens básicos como: a contextualização, os seus objetivos, a metodologia e os resultados esperados.

A oficina I tem o propósito de ser um espaço discursivo com participação efetiva de todos, dentro do processo de formação. Nesta primeira semana é importante que o facilitador forme os grupos de aprendizagem, no máximo com 12 integrantes, característica que auxilia no processo de aprendizagem pela estratégia roda de conversa.

O método utilizado para a realização das práticas educativas é norteado pelas metodologias ativas de ensino e aprendizagem. Importante que o facilitador tenha domínio dessas metodologias para obter sucesso no desenvolvimento dessas práticas.

Como todo processo educacional a avaliação das práticas educativas é um item importantíssimo. O facilitador como coordenador do aprendizagem adotará um método avaliativo com características de avaliação formativa e somativa, garantindo a participação efetiva de todos os envolvidos.

Sugestão de Leitura

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

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.

BERBEL, N. A. N. As metodologias e a promoção da autonomia de estudantes. **Semina: Ciências Sociais e Humanas**, Londrina. V.32, n.1, p. 25-40, jan./jun. 2011. Disponível em: <http://www.proiac.uff.br/sites/default/files/documentos/berbel_2011.pdf> Acesso em 13 de outubro de 2015

OFICINA I – CUIDADO EM SAÚDE

Semana de Aprendizado II - Plano de Atividades

O **segundo encontro** de aprendizagem aproxima os participantes diante de conteúdos como: cuidado integral a saúde e cuidadores em saúde. Como estratégia educacional para essa aproximação utiliza-se textos com a inicialização dos conteúdos pretendidos chamados aqui de contextualização. A contextualização pode ser produzida pelo próprio facilitador de aprendizagem como também usar referências de textos científicos, artigos, periódicos dentre outros que se aproximem dos conteúdos pretendidos.

1. Contextualização

A contextualização é o norte teórico inicial oferecido para o grupo de aprendizagem na expectativa de aproximá-los dos conteúdos que irão ser trabalhados no decorrer da oficina educativa. A leitura pode ser sugerida como atividade a distância ou utilizada alguma estratégia educacional pelo facilitador no encontro. Como sugestão para essa aproximação segue abaixo o Texto 1.

Texto 1

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 loco 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 (SAÚDE, 2004).

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.

Fonte: Revisão bibliográfica da Pesquisa, 2015, HU-UFGD.

2. Estratégias educacionais

Como metodologia para alcance do perfil de competência do aluno, o facilitador utiliza estratégias educacionais que oportunizem a construção do conhecimento individual e coletivo. Importante ressaltar que a problematização do processo de aprendizado é o norte

para à execução das estratégias educacionais. O aprendizado problematizado torna o processo mais significativo para os participantes.

O facilitador dentro do universo da construção do conhecimento pode lançar inúmeras estratégias educacionais para problematizar o aprendizado dos participantes. Neste espaço lançamos algumas estratégias que nortearam a construção do conhecimento dos participantes, sendo elas:

- Contextualização do aprendizado (Textos, artigos, periódicos, capítulos de livros, manuais ministeriais);
- Técnicas de aquecimento de grupo;
- Situação Problema - Síntese Provisória e Nova Síntese;
- Narrativas (relato de casos);
- Filmes, mídias, vídeos.

As estratégias educacionais devem ser planejadas pelo facilitador, norteadas pela metodologia ativa de ensino e aprendizagem de forma problematizada, estimulando o aluno à participação ativa em todo o processo de construção do aprendizado. Fica a critério do facilitador a escolha e implemento dessas estratégias educacionais. A seguir segue as estratégias educacionais utilizadas no segundo encontro de aprendizado das práticas educativas desenvolvidas.

2.1 Técnica de aquecimento de grupo

As técnicas de aquecimento de grupo são excelentes estratégias educacionais para o processo de ensino e aprendizagem. O seu uso constitui-se em uma possibilidade de exercitar a vivência em ludicidade, gerando reflexões que podem construir grande aprendizado. Essas estratégias educacionais devem ser executadas de forma planejada através de um plano de ensino estruturado com disparadores de auxílio na construção do conhecimento proposto ou alcance de conteúdos sugeridos. A primeira técnica de grupo vem com o propósito de aproximar o grupo diante de conteúdos relativos ao cuidado em saúde e cuidador em saúde.

a. Técnica: “O Meu Crachá”.

Os grupos organizados na sala de aula em roda, recebem materiais didáticos para a confecção do seu crachá de forma livre. Cada participante confecciona o seu com as características individuais de cada um, seguindo uma única orientação: o seu crachá deve constar uma característica sua de cuidador. Organizar os participantes em uma roda de conversa e apresentar cada integrante do grupo com sua identificação individual de forma livre contendo características relativas ao cuidador em saúde. O facilitador pode lançar o seguinte disparador para a confecção desse crachá.

“O cuidador que eu sou”

Após a confecção das identificações, em roda de conversa, todos os participantes se apresentam descrevendo as suas características como cuidador em saúde e a motivação dessas escolhas. Em seguida, lançar a construção de um painel com tarjetas contendo todas essas características, refletindo e discutindo coletivamente essa construção.

A estratégia educacional é potente na problematização do levantamento de características do cuidador em saúde. Dispara o início de construção do perfil de competência de um cuidador, conteúdo importante na formação do cuidador em saúde.

b. Contrato de Estudo

O contrato de estudo é uma estratégia potente no processo de aprendizado, pois aproxima o aluno do planejamento educacional. A cada início de encontro o facilitador lança a discussão do contrato de aprendizado ou de estudo, identificando as necessidades do grupo e problematizando esse processo. Importante que o contrato seja escrito para que todo o grupo visualize esse acordo, neste contexto o acordo de aprendizado. Como sugestão para o facilitador importante acordar os seguintes itens:

- Início do encontro;
- Término do encontro;
- Tolerância a atrasos;
- Disciplina individual e coletiva;
- Cumprimento das tarefas atribuídas;
- Participação individual e do grupo;

- Uso de equipamentos eletrônicos;
- Intervalo;
- Saídas e Interrupções;
- Dentre outros.

Importante ressaltar que os itens não são obrigatórios e os mesmos devem ser construídos por iniciativa do próprio grupo de aprendizado.

A elaboração e pactuação de um contrato para o encontro é uma estratégia importante para o planejamento e desenvolvimento das atividades educacionais.

c. **Construção do Painel de Habilidades e Competências de um cuidador.**

A estratégia educacional busca estimular o profissional a refletir frente aos conceitos, as habilidades e as competências de um cuidador em saúde, além de apresentar ao grupo o conhecimento prévio que o mesmo detém ao conteúdo e estimular a ampliação desse conhecimento através da busca na literatura para a construção de um novo conhecimento.

O facilitador orientará o grupo a confeccionar um painel de características, habilidades e competências do cuidador. Após a confecção desse painel o facilitador disponibiliza a cada participante, adesivos verdes, amarelos e vermelhos com o intuito de identificar quais das características, habilidades e competências os participantes têm domínio de desenvolver, como educador, no indivíduo cuidador. Na escolha dos adesivos verdes o participante identifica 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 apresenta um diagnóstico geral do grupo frente ao conhecimento inicial do conceito e das habilidades e competências de um cuidador em saúde, subsidiando a busca e ampliação de aprendizado.

O papel do facilitador é estimular a discussão diante de tudo que foi construído, identificando as necessidades de aprendizado do grupo, além de ressaltar potencialidades e fragilidades caracterizadas pelo painel construído.

A estratégia educacional é potente no resgate do conhecimento prévio do grupo e dispara necessidades de ampliação de conhecimento diante do diagnóstico apresentado pelo painel.

d. Atividade à distância – Busca de Referenciais Teóricos.

Ao término da estratégia educacional o grupo deve ser estimulado a lançar questionamentos ampliando o movimento de aprendizado. Em registros os dois grupos podem abrir questões de aprendizagem frente às duas estratégias discutidas acima, caso o grupo não construir, sugere as seguintes questões:

- Quais são as principais habilidades e competências de um cuidador em saúde?
- Qual o Perfil de Competência do cuidador em saúde?

Esses questionamentos deverão ser respondidos por meio de busca de referenciais teóricos, ampliando o conhecimento do grupo e tornando científico.

O movimento realizado caracteriza uma situação problema disparada pela reflexão de conhecimentos prévios, despertado inicialmente pela dinâmica de grupo e complementado pela construção inicial de um painel de habilidades e competências de um cuidador em saúde.

A situação problema é uma estratégia educacional organizada por meio de encontros com pequenos grupos para o processamento de situações baseadas no mundo do trabalho. São estratégias que devem ser realizadas pelos organizadores do curso ou mesmo o facilitador de aprendizado. Tem o papel de disparadoras do processo de ensino e aprendizagem, processadas em dois momentos, primeiro momento síntese provisória e segundo momento nova síntese.

e. Avaliação do Encontro

Ao término de cada encontro como já discutido o facilitador realizará uma avaliação com o grupo, de forma dialogada, contemplando todo o processo de aprendizado, nos quais os participantes avaliam a sua participação individual (autodirigida), o conteúdo ofertado pelas estratégias educacionais, a participação de todo o grupo e a do facilitador. A avaliação tem característica formativa, realizadas verbalmente durante e ao término de todas as atividades de ensino e aprendizagem. O facilitador avaliará ainda o desenvolvimento do aprendizado, destacar as potencialidades individuais e coletivas dos participantes e do grupo, reforçando a avaliação de desempenho do participante do curso.

Sugestão de Mídia

Para sempre Alice. Direção: Richard Glatzer, Wash Westmoreland. Elenco: Julianne Moore, Kristen Stewart, Kate Bosworth. Gênero: Drama, Franca, 1h 39m. 2015.

OFICINA I – CUIDADO EM SAÚDE

Semana de Aprendizado III - Plano de Atividades

O **terceiro encontro** de aprendizagem traz como propósito a ampliação do conhecimento frente ao cuidado integral e cuidador em saúde, doenças crônicas degenerativas e suas incapacidades funcionais e a comunicação em saúde. São conteúdos importantes para a aproximação do grupo diante de pacientes com incapacidades funcionais. Lança como estratégias educacionais a técnica de grupo, a situação problema anterior e seus dois momentos – Síntese Provisória e Nova Síntese.

1. Estratégias Educacionais

a. Técnica de grupo inicial: O poder da comunicação

Como todo início de encontro à utilização de técnicas de grupo facilita e aproxima os participantes de conteúdos importantes do curso. A técnica “O poder da comunicação” vem com esse propósito, de aproximar os participantes de conteúdos relativos à comunicação em saúde como também integrá-los no processo de ensino e aprendizagem.

Para desenvolvimento da técnica de grupo o papel do facilitador é de dispor os integrantes em um círculo, lado a lado, voltados para o lado de dentro do mesmo; colar nas costas de cada integrante um cartão com uma frase diferente, os integrantes devem circular pela sala, ler os bilhetes dos colegas e atendê-los, sem dizer o que está escrito no bilhete. Todos devem atender ao maior número possível de bilhetes. Após algum tempo, todos devem voltar à posição original, e cada integrante deve tentar adivinhar o que está escrito em seu bilhete. Caso não tenha descoberto, os outros integrantes devem auxiliá-lo com dicas e gestos.

Diante deste processo lúdico o facilitador oportunizará a discussão da técnica trazendo a aproximação do grupo na importância do processo de comunicação efetivo, seja ele verbal e não verbal. Além de incentivar na busca de novos conhecimentos referente a esse conteúdo.

Sugestões de bilhetes:

- Gosto quando me aplaudem.
- Sou muito carente. Me dê carinho.

- Dance comigo?
- Estou com falta de ar. Me leve à janela.
- Me ensine a pular.
- Dobre a minha manga.
- Estou dormindo, me acorde!
- Meu sapato está apertado. Me ajude.
- Veja se estou com febre?
- Chore no meu ombro.
- Sorria para mim.

b. Revisão do Contrato

Como já descrito ao término da técnica de grupo o facilitador realizará a revisão do contrato, trazer demandas e reflexões frente ao processo e espaço de aprendizado.

c. Síntese Provisória - Revisão Bibliográfica dos Conceitos Novos levantados após a leitura do Texto 2

A síntese provisória é uma atividade educacional elaborada para explorar os problemas encontrados no processo de trabalho, resgata o conhecimento prévio dos participantes frente a um referencial teórico introdutório perante assuntos que serão trabalhados ao longo da atividade educacional. A síntese provisória é o primeiro momento educacional da situação problema, que cumpre o papel de disparador do processo de ensino e aprendizagem, complementada pela nova síntese, sendo essa o segundo momento, no qual científica esse processo através da busca de novos referenciais teóricos, responsáveis pela transformação da realidade do participante.

Como disparador inicial de aprendizado sugere a leitura do Texto 2 no qual os participantes deverão listar os conceitos novos e pouco explorados, discutir em grande roda, o que o grupo tem de conhecimento e vivências prévias frente à leitura, elaborar um painel com os conceitos levantados, mapeando o conhecimento do grupo e por fim, buscar referenciais teóricos atuais frente ao painel construído.

Texto 2

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 (Saúde; 2006).

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), 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.

Fonte: Revisão Bibliográfica da Pesquisa, 2015, HU-UFGD.

2. Avaliação do Encontro.

Ao término do encontro realizar a avaliação formativa como já discutido anteriormente.

Sugestão de Leitura

BRASIL. **Cuidar Melhor e Evitar a Violência – Manual do Cuidador da Pessoa Idosa** / Tomiko Born Organizador. Secretaria Especial dos Direitos Humanos, Brasília-DF. 2008. 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

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. 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672006000400003&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 15 Jun. 2016

OFICINA I – CUIDADO EM SAÚDE

Semana de Aprendizado IV - Plano de Atividades

O **quarto encontro** vem com o propósito de complementar o conhecimento diante dos conteúdos já mensurados como o cuidado integral e cuidador em saúde, como também discutir a assistência em rede de forma multiprofissional, interdisciplinar e transdisciplinar responsabilizado por todos os atores seja eles, o ensino, o serviço, a gestão e o controle social chamado aqui de quadrilátero de formação segundo Ceccim e Feuerwerker (2004).

1. Estratégias Educacionais

a. Técnica de Grupo Inicial - “Teia do cuidado em rede”

A técnica de grupo vem como abertura de todo encontro, por se tratar de uma estratégia educacional lúdica, que estimula a participação de todos, aproximando o grupo de seus saberes prévios, como também reflexões diante de conteúdos que complemente a construção do aprendizado. A atividade é uma sugestão para aproximar o grupo de conteúdos que ampliem na melhoria do trabalho multiprofissional, interdisciplinar e do fortalecimento da rede de cuidados.

O desenvolvimento da atividade inicia-se com o dimensionamento dos participantes em roda, facilitando a visualização e comunicação entre todos. Um integrante receberá um rolo de barbante no qual levará até o outro atribuindo a ele uma característica positiva, fazendo esse movimento até que todos participem. No término da atividade formará uma teia de barbante, que neste momento representa as relações que os profissionais, usuários, professores e gestores formam na concretização de uma rede de cuidado integral.

O papel do facilitador é estimular a discussão diante da atividade realizada, destacando algumas características relevantes ao longo do exercício, mostrando a importância das relações profissionais e interpessoais na concretização do cuidado integral em rede.

b. Revisão do Contrato de Aprendizado

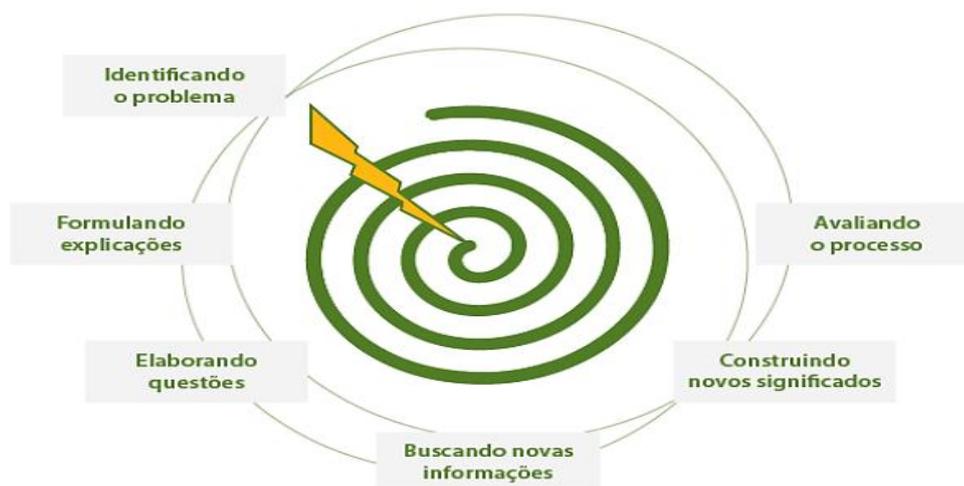
O facilitador realizará a revisão do contrato já construído nos encontros anteriores, trazendo demandas e reflexões para melhorar a semana de aprendizado.

c. Nova Síntese – Revisão Bibliográfica dos Conceitos Novos

A Nova Síntese tem como propósito ampliar o conhecimento do grupo com referenciais teóricos pesquisados ao longo da semana, frente aos conceitos e conteúdos levantados nas amplas discussões da síntese provisória. A síntese provisória discutiu anteriormente o conhecimento inicial do grupo, propondo a ampliação do mesmo, através da busca científica, ação caracterizada como nova síntese. Como exercício final dessa atividade, resgatar o percurso do aprendizado, fazendo uma retrospectiva da síntese provisória e da construção da nova síntese, movimentos que concretizam um aprendizado problematizado e científico.

Na grande roda o grupo de aprendizado deve apresentar a pesquisa bibliográfica frente aos conteúdos pesquisados, disparados pela leitura do Texto 2. Discuti-los e sintetizá-los, construindo assim novos significados, capazes de modificar o contexto no qual os participantes estão inseridos. Esse percurso de aprendizado inicia-se através da identificação de uma problemática, com formulação de prováveis hipóteses, elaboração de questionamentos, buscas de novas informações, construção de novos significados e avaliação de todo o processo, representados pelo processo de ensino-aprendizagem na forma de um espiral denominado de espiral construtivista, conforme figura 1 (LIMA et al, 2013, p. 17).

Figura 1 – Espiral Construtivista.



Fonte: (LIMA et al, 2013, p. 17).

2. Avaliação do Encontro.

Ao término de cada encontro como já discutido o facilitador realizará uma avaliação com o grupo, de forma dialogada, contemplando todo o processo de aprendizado, nos quais os participantes avaliam a sua participação individual (autodirigida), o conteúdo ofertado pelas estratégias educacionais, a participação de todo o grupo e a do facilitador. A avaliação tem característica formativa, realizadas verbalmente durante e ao término de todas as atividades de ensino e aprendizagem. O facilitador avaliará ainda o desenvolvimento do aprendizado, destacando as potencialidades individuais e coletivas dos participantes e do grupo, reforçando a avaliação de desempenho do participante do curso.

Por fim finalizamos a Oficina I de aprendizado com a expectativa de alcance dos objetivos educacionais propostos. Foram quatro encontros planejados com o intuito de trabalhar conteúdos como o cuidado integral e cuidador em saúde, junto com o fortalecimento das relações multiprofissionais, interdisciplinares e transdisciplinar dos profissionais de saúde, e reflexões frente a uma assistência responsável incluindo todos atores sendo eles, o ensino, o serviço, a gestão e o controle social, denominado aqui de quadrilátero de formação segundo os pressupostos de Ceccim (2007).

Sugestão de Leitura

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

<p style="text-align: center;">OFICINA II – ESTUDOS DE DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS: UMA VISÃO MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE</p>

Semana de Aprendizado V - Plano de Atividades

O **quinto encontro** marca o início da **Oficina II** que apresenta como eixo de aprendizagem o conhecimento teórico frente às DCNT. Grupo de patologias diretamente relacionado à temática dessas práticas educativas. As DCNT são as principais causas de incapacidades funcionais do adulto e idoso. Estudá-las são de extrema importância principalmente nos aspectos de prevenção, promoção e reabilitação desses agravos.

As estratégias educacionais executadas têm o intuito de debater o processo de cuidar, acolhimento, comunicação na saúde, trabalho em equipe e os agravos potenciais no desenvolvimento de incapacidade funcional.

1. Estratégias Educacionais

a. Técnica de Grupo: Círculo de Conexões

A técnica escolhida para dar início a esse encontro foi “Círculo de Conexões” com o propósito de articular o grupo de aprendizagem nas relações profissionais e pessoais, por meio da ligação de cada indivíduo formando um círculo de conexões.

Para o desenvolvimento da dinâmica o facilitador une o grupo de pessoas pelas mãos construindo uma grande roda. Começa a fazer um emaranhado com o grupo e une o grupo novamente com o indivíduo que estava desconectado. Pelo diálogo, os participantes tentarão desenrolar o emaranhado, fortalecendo assim as suas relações, a comunicação e a importância do trabalho em equipe para o alcance de qualquer objetivo. Cabe ao facilitador ao término da atividade incentivar o grupo refletir e discutir sobre a atividade.

b. Revisão do Contrato.

O papel do facilitador neste momento do encontro é de revisar o contrato já construído nos encontros anteriores, trazer demandas e reflexões para melhorar a semana de aprendizagem.

c. Situação Problema: “O ônibus das 17:30”

Segue mais uma situação problema na qual os participantes deverão levantar problemas, gerar hipótese e formular questões de aprendizagem e posteriormente fundamentação teórica através da nova síntese, disparado pela Situação Problema 1.

Situação Problema 1 – O ônibus das 17:30 horas

No ponto de ônibus em frente ao Hospital Universitário Florisbela residente de nutrição aguarda a sua lotação das 17:30 horas para retornar à 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 junto com a menina que a chama de mãe. Florisbela mesmo tentando disfarçar não consegue parar de observar a 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.

Florisbela 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 todas suas necessidades são feitas na fralda. Hoje o médico disse que ela provavelmente sairá de alta e que ela tem uma Doença Crônica Não transmissível que deixará incapacidades funcionais. Não entendi nada do que ele disse, mas acho que não tem cura, e como vou cuidar dela? Estou desesperada!

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

O facilitador de aprendizado lança a leitura da situação problema como disparador do processo de ensino aprendizagem, no qual os participantes deverão realizar a leitura individual e coletiva, levantando assim um painel de problemas que deverão ser interpretados para gerar hipóteses e elaborar questões de aprendizagem. Após o desenvolvimento da síntese provisória como atividade a distância o grupo de aprendizado deve buscar novas informações

através da busca de referenciais teóricos, construindo novos significados. Processo que será dialogado no próximo encontro que concretiza a elaboração da nova síntese.

2. Avaliação do Encontro.

Como todo término de cada encontro o facilitador realizará uma avaliação com o grupo, de forma dialogada, contemplando todo o processo de aprendizado, nos quais os participantes avaliam a sua participação individual (autodirigida), o conteúdo ofertado pelas estratégias educacionais, a participação de todo o grupo e a do facilitador. A avaliação tem característica formativa, realizadas verbalmente durante e ao término de todas as atividades de ensino e aprendizagem. O facilitador deve avaliar ainda o desenvolvimento do aprendizado, destacar as potencialidades individuais e coletivas dos participantes e do grupo, reforçando a avaliação de desempenho do participante do curso.

Sugestão de Leitura.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. Brasília-DF; 2010. Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_praticas_producao_saude.pdf > Acessado em 23 de Agosto de 2015.

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, 2004. Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf >. Acessado em 15 de Junho de 2016.

**OFICINA II – ESTUDOS DE DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS: UMA
VISÃO MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE**

Semana de Aprendizado VI - Plano de Atividades

O **sexto encontro** tem o propósito de ampliar o conhecimento específico frente as DCNT. Discutir a abordagem multiprofissional em saúde para as DCNT e planejar uma assistência na sua integralidade em todos os níveis seja na prevenção, recuperação, promoção e reabilitação em saúde.

1. Estratégias Educacionais.

a. Dinâmica - O Poder da Comunicação.

A atividade lúdica tem o objetivo de trabalhar no grupo a importância de uma comunicação verbal e não verbal efetiva e despertar reflexão diante dos prejuízos de uma comunicação falha e fragmentada, fomentando a necessidade dos profissionais de saúde aprimorar suas relações interprofissionais, conseqüentemente fortalecendo o atendimento multiprofissional.

Para o desenvolvimento da atividade todos os integrantes devem permanecer fora do ambiente onde acontecerá a dinâmica. O facilitador realizará a leitura do Texto 3 “A arte de ser Feliz” ao primeiro integrante do grupo e o mesmo deverá reproduzir para o próximo de forma detalhada, assim sucessivamente até o último integrante. Os participantes entrarão um a um na sala, no qual o último que recebeu a informação multiplicará para o participante que entrou, assim sucessivamente. Ao término o último integrante deverá dizer em voz alta para todo o grupo a sua interpretação. O facilitador estimulará a discussão ao término da atividade destacando a importância da comunicação efetiva dos profissionais de saúde.

Texto 3 – A arte de ser feliz

Houve um tempo em que minha janela se abria
sobre uma cidade que parecia ser feita de giz.
Perto da janela havia um pequeno jardim quase seco.

Era uma época de estiagem, de terra esfarelada,
e o jardim parecia morto.
Mas todas as manhãs vinha um pobre com um balde,
e, em silêncio, ia atirando com a mão umas gotas de água sobre as plantas.
Não era uma rega: era uma espécie de aspersão ritual, para que o jardim não morresse.
E eu olhava para as plantas, para o homem, para as gotas de água que caíam de seus dedos
magros e meu coração ficava completamente feliz.
Às vezes abro a janela e encontro o jasmineiro em flor.
Outras vezes encontro nuvens espessas.
Avisto crianças que vão para a escola.
Pardais que pulam pelo muro.
Gatos que abrem e fecham os olhos, sonhando com pardais.
Borboletas brancas, duas a duas, como refletidas no espelho do ar.
Marimbondos que sempre me parecem personagens de Lope de Vega.
Às vezes, um galo canta.
Às vezes, um avião passa.
Tudo está certo, no seu lugar, cumprindo o seu destino.
E eu me sinto completamente feliz.
Mas, quando falo dessas pequenas felicidades certas,
que estão diante de cada janela, uns dizem que essas coisas não existem,
outros que só existem diante das minhas janelas, e outros,
finalmente, que é preciso aprender a olhar, para poder vê-las assim.

Cecília Meireles

b. Revisão do Contrato de Estudo.

O facilitador deve realizar a revisão do contrato já construído nos encontros anteriores, trazer demandas e reflexões para melhorar a semana de aprendizado.

c. Nova Síntese “O ônibus das 17:30”.

Como atividade a distância e autodirigida os participantes foram orientados a buscar novas informações através da busca de referenciais teóricos disparados pelas questões de aprendizagem, construídas através da síntese provisória, desenvolvida no encontro anterior. Dessa forma o papel do facilitador é orientar o grupo a realizar a releitura das questões de aprendizagem construídas e discutir os referenciais buscados no intuito de respondê-las. Importante incentivar a participação de todos, esclarecendo os movimentos da estratégia e a metodologia, como também, a importância da fundamentação teórica do processo de aprendizado.

d. Atividade a Distância - Construção de uma Narrativa

Como atividade a distância o facilitador orientará os participantes a desenvolver uma narrativa descrevendo uma experiência que vivenciou, seja pessoal ou profissional, no cuidado a pessoas com doenças crônicas degenerativas que ocasionou alguma incapacidade funcional. Podem ser pacientes, amigos, familiares, dentre outros. Importante ressaltar aspectos positivos, negativos e emocionais dessa vivência. A narrativa deverá ser redigida em Times New Roman, fonte 12 e no máximo 15 linhas. O participante deverá trazê-la no próximo encontro com cópias impressas para todo o grupo.

A construção de narrativa é uma potente estratégia educacional no qual proporciona de forma mais direta e intensa, a reflexão sobre os contextos locais dos participantes, além de abrir espaço significativo para o desenvolvimento de algumas capacidades, como a ampliação dos sentidos e das dimensões intelectual e afetiva (IEP, 2013).

2. Avaliação do Encontro

Ao término do encontro o papel do facilitador é de realizar a avaliação com o grupo, de forma dialogada, contemplando todo o processo de aprendizado, nos quais os participantes avaliam a sua participação individual (autodirigida), o conteúdo ofertado pelas estratégias educacionais, a participação de todo o grupo e a do facilitador. A avaliação tem característica formativa, realizadas verbalmente durante e ao término de todas as atividades de ensino e aprendizagem. O facilitador avaliará ainda o desenvolvimento do aprendizado, destacar as potencialidades individuais e coletivas dos participantes e do grupo, reforçando a avaliação de desempenho do participante do curso.

Sugestão de Leitura

RAMOS, A.P.; BORTAGARAI, F.M.B. Comunicação Não-verbal na área da Saúde. **Rev. CEFAC**. Santa Maria. v. 14, n. 1, Jul-Fev, p. 167-170. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rcefac/v14n1/186_10.pdf>. Acessado em 24 de Junho de 2016.

ALBUQUERQUE, V.S.; MOREIRA, C.O.F.; TANJI, S.; MARTINS, A.V. A narrativa da prática como uma estratégia de construção do conhecimento na formação superior em saúde. *Educar Rev. Curitiba*, n. especial 2, p. 91-206, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/er/nspe2/11.pdf>> Acesso em: 03 Jul.2016.

<p style="text-align: center;">OFICINA II – ESTUDOS DE DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS: UMA VISÃO MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE</p>

Semana de Aprendizado VII - Plano de Atividades

O **sétimo encontro** mantém como o mesmo propósito de ampliar o conhecimento específico frente as DCNT. Discutir a abordagem multiprofissional em saúde nas DCNT e planejar uma assistência na sua integralidade em todos os níveis seja na prevenção, recuperação, promoção e reabilitação em saúde.

1. Estratégias Educacionais

a. Revisão do Contrato de Aprendizado.

O facilitador deve realizar a revisão do contrato já construído nos encontros anteriores, trazer demandas e reflexões para melhorar a semana de aprendizado.

b. Situação Problema – Construção da Narrativa

No encontro anterior como atividade a distância os participantes foram orientados a escrever uma narrativa que retratasse uma experiência prévia diante do cuidado a uma pessoa com uma doença crônica e que tenha adquirido alguma incapacidade funcional. Diante deste contexto o facilitador utilizará as narrativas construídas como disparadoras de aprendizagem na síntese provisória, ou seja, elas serão a situação problema desse encontro. As narrativas construídas deverão ser dimensionadas a todos os participantes desde que todos possuam uma cópia. Os participantes deverão realizar a leitura individual e coletiva das narrativas construídas, eleger uma narrativa para o desenvolvimento da situação problema. Escolhida a narrativa que será a disparadora de aprendizado, após a leitura, o grupo deve levantar os problemas encontrados, gerar hipóteses e formular questões de aprendizagem.

Após o desenvolvimento da síntese provisória como atividade a distância o grupo de aprendizado deve buscar novas informações através da busca de referenciais teóricos, construindo novos significados. Processo que será dialogado no próximo encontro que concretiza a elaboração da nova síntese.

2. Avaliação do Encontro

Ao término do encontro o papel do facilitador é de realizar a avaliação com o grupo, de forma dialogada, contemplando todo o processo de aprendizado, nos quais os participantes avaliam a sua participação individual (autodirigida), o conteúdo ofertado pelas estratégias educacionais, a participação de todo o grupo e a do facilitador. A avaliação tem característica formativa, realizadas verbalmente durante e ao término de todas as atividades de ensino e aprendizagem. O facilitador deve avaliar ainda o desenvolvimento do aprendizado, destacar as potencialidades individuais e coletivas dos participantes e do grupo, reforçando a avaliação de desempenho do participante do curso.

Sugestão de Leitura

ALBUQUERQUE, V.S.; MOREIRA, C.O.F.; TANJI, S.; MARTINS, A.V. A narrativa da prática como uma estratégia de construção do conhecimento na formação superior em saúde. *Educar Rev. Curitiba*, n. especial 2, p. 91-206, 2010. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/er/nspe2/11.pdf> > Acesso em: 03 Jul.2016.

<p>OFICINA II – ESTUDOS DE DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS: UMA VISÃO MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE</p>

Semana de Aprendizado VIII - Plano de Atividades

O **oitavo encontro** mantém o mesmo propósito de ampliar o conhecimento específico frente as DCNT e a abordagem multiprofissional em saúde. Planejar uma assistência na sua integralidade em todos os níveis seja na prevenção, recuperação, promoção e reabilitação em saúde.

1. Estratégias Educacionais

a. Revisão do Contrato de Aprendizado.

O papel do facilitador é de realizar a revisão do contrato já construído nos encontros anteriores, trazer demandas e reflexões para melhorar a semana de aprendizado.

b. Nova Síntese

Como atividade a distância e autogerida os participantes foram orientados a buscar novas informações através da busca de referenciais teóricos disparados pelas questões de aprendizagem, construídas através da síntese provisória, desenvolvida no encontro anterior. Dessa forma o facilitador orientará o grupo a realizar a releitura das questões de aprendizagem construídas e discutir os referenciais buscados no intuito de respondê-las. Importante incentivar a participação de todos, esclarecendo os movimentos da estratégia e a metodologia, como também, a importância da fundamentação teórica do processo de aprendizado.

2. Avaliação do Encontro

Como todo término de encontro o facilitador realizará a avaliação formativa com o grupo seguindo as orientações já descritas anteriormente.

Sugestão de Leitura

MEZZARI, A. O uso da aprendizagem baseada em problemas como reforço ao ensino presencial utilizando o ambiente de aprendizagem *Moodle*. **Rev. Bras. Educ. Médica**. v. 35, n.1, p. 114-121, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbem/v35n1/a16v35n1.pdf>>. Acesso em: 03 Jul. 2016.

**OFICINA III – ABORDAGEM MULTIPROFISSIONAL FRENTE ÀS
INCAPACIDADES FUNCIONAIS**

Semana de Aprendizado IX - Plano de Atividades

O **nono encontro** tem como propósito discutir e fundamentar o grupo de aprendizado frente à incapacidade funcional e apresentar o instrumento validado de Medida de Independência Funcional (MIF).

1. Contextualização.

Texto 4

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, 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, 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, 2008).

De acordo com Alves (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.

Fonte: Revisão Bibliográfica da Pesquisa, 2015, HU-UFGD.

2. Estratégias Educacionais

a. Revisão do Contrato de Aprendizado.

O papel do facilitador neste momento é de realizar a revisão do contrato já construído nos encontros anteriores, trazer demandas e reflexões para melhorar a semana de aprendizagem.

b. Síntese Provisória - Discutindo o conteúdo

Os participantes devem realizar a leitura da revisão literária acima e listar os conceitos novos, poucos explorados; discutir em grande roda esses conceitos, destacando o que o grupo têm de conhecimento e vivências prévias frente à leitura; elaborar um painel com os conceitos levantados pelo grupo mapeando assim o seu conhecimento; buscar referenciais teóricos atuais frente ao painel; orientar a necessidade de fundamentação da discussão, trazendo base científica para o aprendizagem.

3. Avaliação do Encontro

Como todo término de encontro o facilitador realizará a avaliação formativa com o grupo seguindo as orientações já descritas anteriormente.

Sugestão de Leitura

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.

<p style="text-align: center;">OFICINA III – ABORDAGEM MULTIPROFISSIONAL FRENTE ÀS INCAPACIDADES FUNCIONAIS</p>
--

Semana de Aprendizado X - Plano de Atividades

O **décimo encontro** tem como intuito discutir e fundamentar o grupo de aprendizado referente às incapacidades funcionais e apresentar o instrumento validado de Medida de Independência Funcional (MIF).

1. Estratégias Educacionais

a. Revisão do Contrato de Aprendizado.

O papel do facilitador é de realizar a revisão do contrato já construído nos encontros anteriores, trazer demandas e reflexões para melhorar a semana de aprendizado.

b. Nova Síntese – Discutindo Conteúdo frente à contextualização de Incapacidades funcionais Texto 4.

A Nova Síntese como discutido anteriormente tem o propósito de ampliar o conhecimento através da busca de novos referenciais teóricos pesquisados ao longo da semana. A atividade tem o objetivo de construir conhecimento de forma individual e coletiva, multiprofissional, interdisciplinar e transdisciplinar. Em roda de conversa o grupo irá apresentar a pesquisa bibliográfica; discutir os novos conceitos e aproximá-los de sua prática profissional e sintetizar o novo conhecimento frente a tudo que foi construído.

2. Avaliação do Encontro

Ao término do encontro o facilitador deve realizar a avaliação com o grupo, de forma dialogada, contemplando todo o processo de aprendizado, nos quais os participantes avaliam a sua participação individual (autodirigida), o conteúdo ofertado pelas estratégias educacionais, a participação de todo o grupo e a do facilitador. A avaliação tem característica formativa, realizadas verbalmente durante e ao término de todas as atividades de ensino e aprendizagem. O facilitador deve avaliar ainda o desenvolvimento do aprendizado, destacar as

potencialidades individuais e coletivas dos dos participantes e do grupo, reforçando a avaliação de desempenho do participante do curso.

SUGESTÕES DE LEITURA

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.

<p style="text-align: center;">OFICINA IV – EQUIPE MULTIPROFISSIONAL NA MENSURAÇÃO DA INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL</p>
--

Semana de Aprendizado XI - Plano de Atividades

O **décimo primeiro encontro** tem o propósito de apresentar o instrumento MIF (Medida de Independência Funcional) e desenvolver habilidades e competências nos participantes na sua aplicação.

1. Contextualização

Leitura do Livro “Avaliação de Idosos: guia prático para estudantes, profissionais de saúde e pesquisadores” (ALVARENGA et al, 2014). O guia foi utilizado na capacitação como base teórica de aprendizagem para o instrumento MIF. Como leitura obrigatória os participantes leram os capítulos que descrevem a MIF e suas árvores de decisões.

2. Estratégias Educacionais

a. Revisão do Contrato de Aprendizado.

O papel do facilitador é de realizar a cada início de encontro a revisão do contrato já construído nos encontros anteriores, trazer demandas e reflexões para melhorar a semana de aprendizagem.

b. Árvore de Decisões – Medida de Independência Funcional.

Como atividade inicial para a capacitação do instrumento MIF o facilitador deve orientá-los a realizar a leitura do instrumento MIF conforme apresentado no Quadro 1 e posteriormente interpretar a árvore de decisões, conforme apresentada na figura 2 que ilustra o fluxograma geral da árvore de decisões que serão discutidos nos próximos encontros; fluxo que auxiliarão na interpretação das 18 tarefas do instrumento distribuídas em seis dimensões.

Quadro 1 - 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 progressão e 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

**Medida de Independência Funcional
Árvore de Decisões**

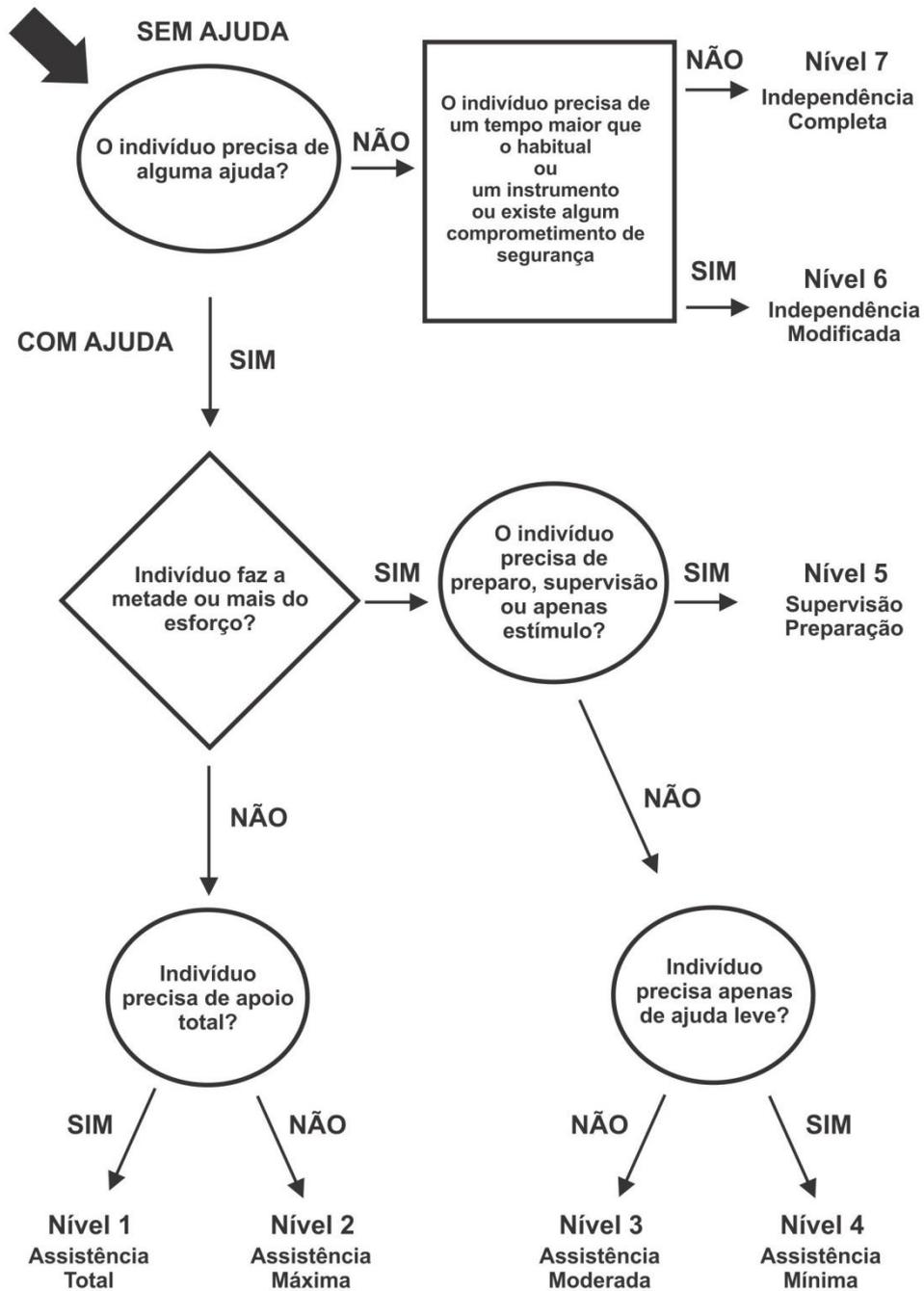


Figura 2. Fluxograma geral frente as decisões para a Mensuração do MIF.

Fonte: BRASIL (2007)

c. Discussão das árvores de decisões – Dimensão Autocuidado – Tarefa Alimentação, Higiene Pessoal e Banho.

Após a discussão do fluxograma geral da árvore de decisões representado pela figura 2 o grupo iniciará o aprendizado diante das 18 tarefas distribuídas em 06 dimensões. A primeira dimensão a ser trabalhada é a dimensão de Autocuidado que avalia 06 tarefas: a alimentação, a higiene pessoal, o banho, o vestir-se acima da cintura, o vestir-se abaixo da cintura, o uso do vaso sanitário, o controle de urina e o controle de fezes. A atividade educacional traz como proposta a discussão das árvores de decisões das três primeiras tarefas da Dimensão Autocuidado representadas pelas figuras 3, 4 e 5 descritos logo abaixo.

O papel do facilitador é de oportunizar uma leitura dinâmica da árvore, favorecendo o aprendizado dos fluxos de forma problematizada, resgatando as vivências prévias dos participantes, seja elas, pessoais e profissionais com o intuito de facilitar a interpretação e aprendizado dos mesmos.

3. Avaliação do Encontro

Ao término do encontro o facilitador deve realizar a avaliação com o grupo, de forma dialogada, contemplando todo o processo de aprendizado, nos quais os participantes avaliam a sua participação individual (autodirigida), o conteúdo ofertado pelas estratégias educacionais, a participação de todo o grupo e a do facilitador. A avaliação tem característica formativa, realizadas verbalmente durante e ao término de todas as atividades de ensino e aprendizagem.

O facilitador deve avaliar ainda o desenvolvimento do aprendizado, destacar as potencialidades individuais e coletivas dos participantes e do grupo, reforçando a avaliação de desempenho do participante do curso.

Sugestão de Leitura

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

MIF - ÁRVORE DE DECISÕES - ALIMENTAÇÃO

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

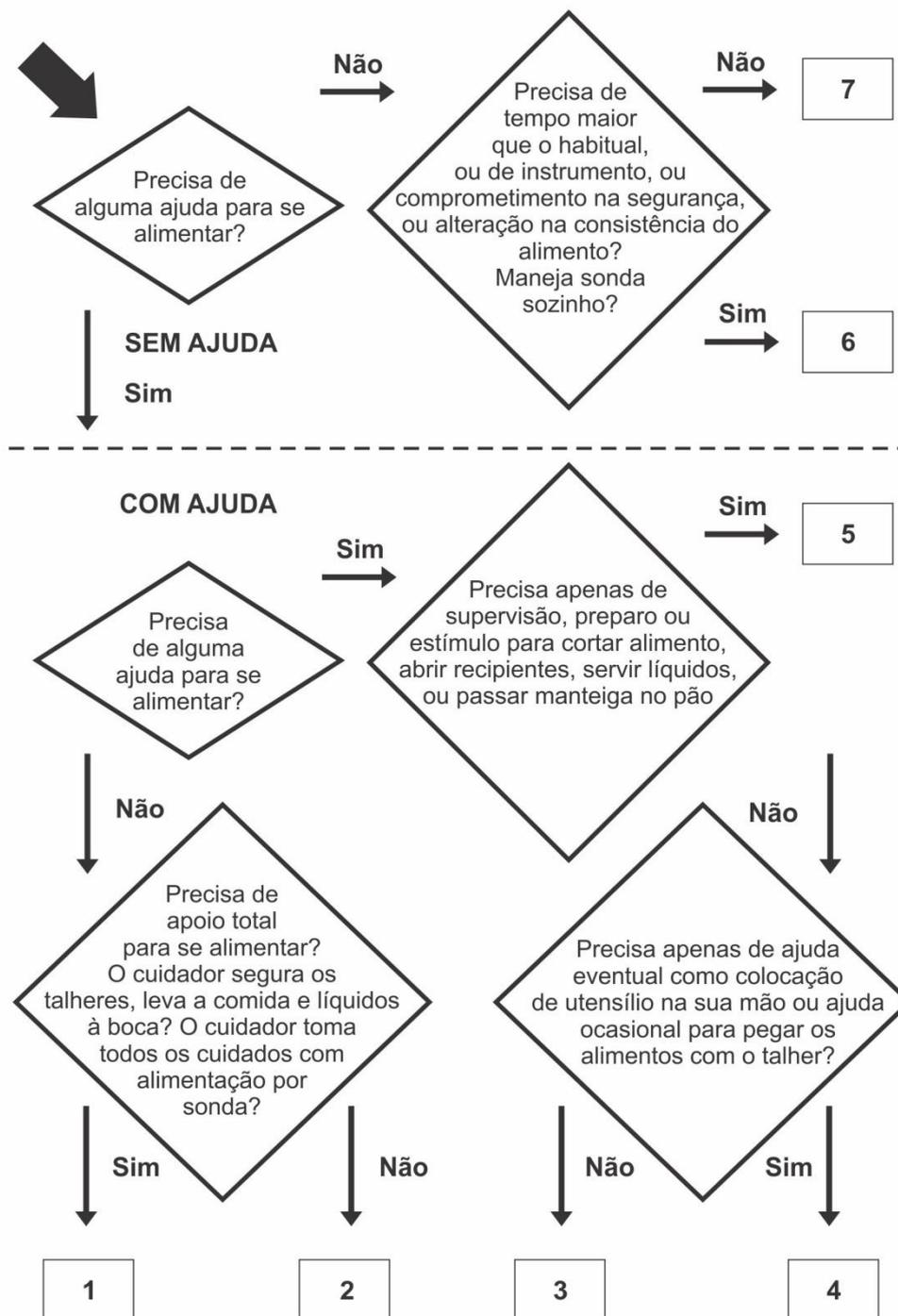


Figura 3. – Árvore de Decisões para a mensuração da Tarefa Alimentação
Fonte: BRASIL (2007)

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)

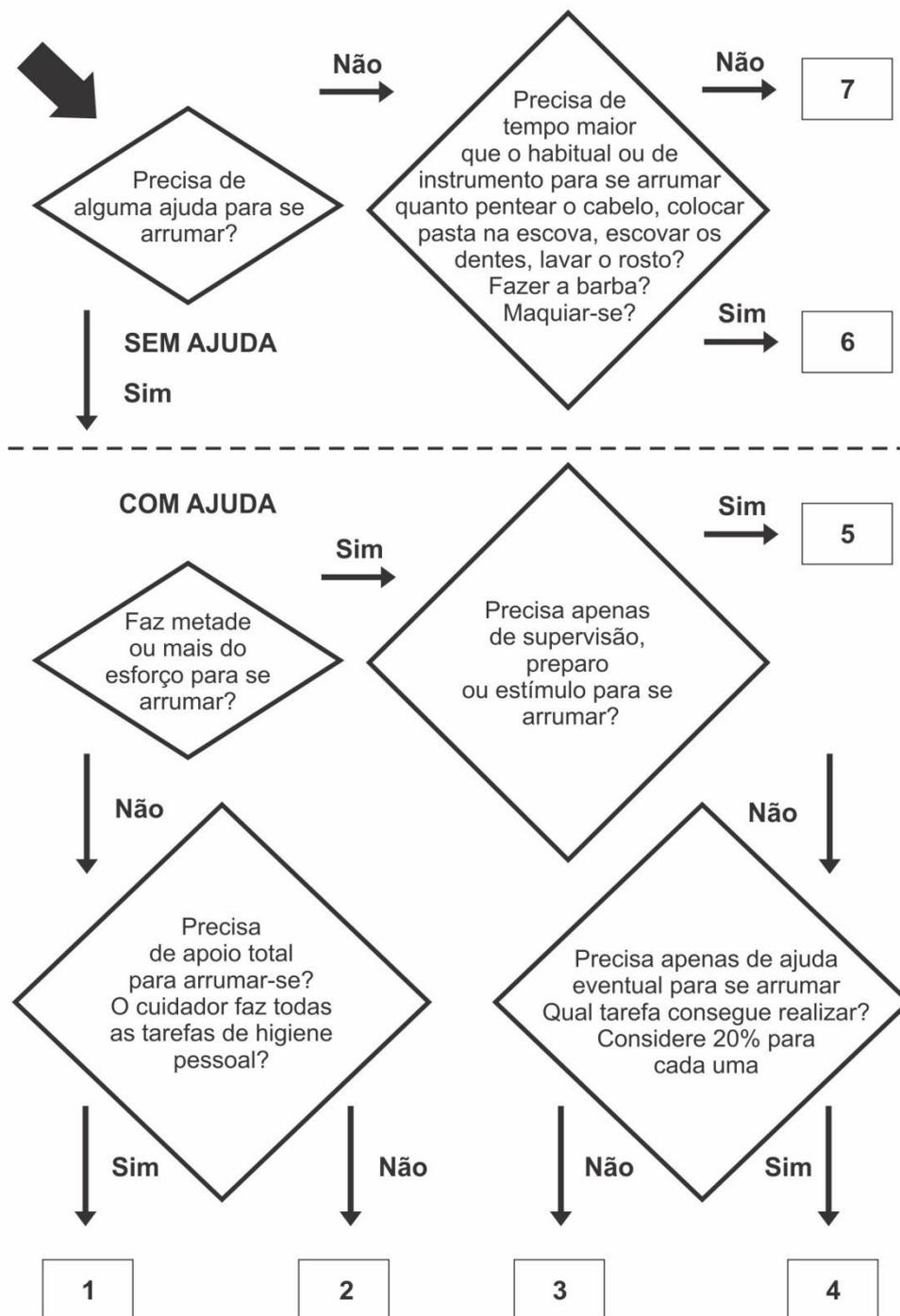


Figura 4 – Árvore de Decisões para a mensuração da Tarefa Higiene Pessoal

Fonte: BRASIL (2007)

MIF - ÁRVORE DE DECISÕES - BANHO

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

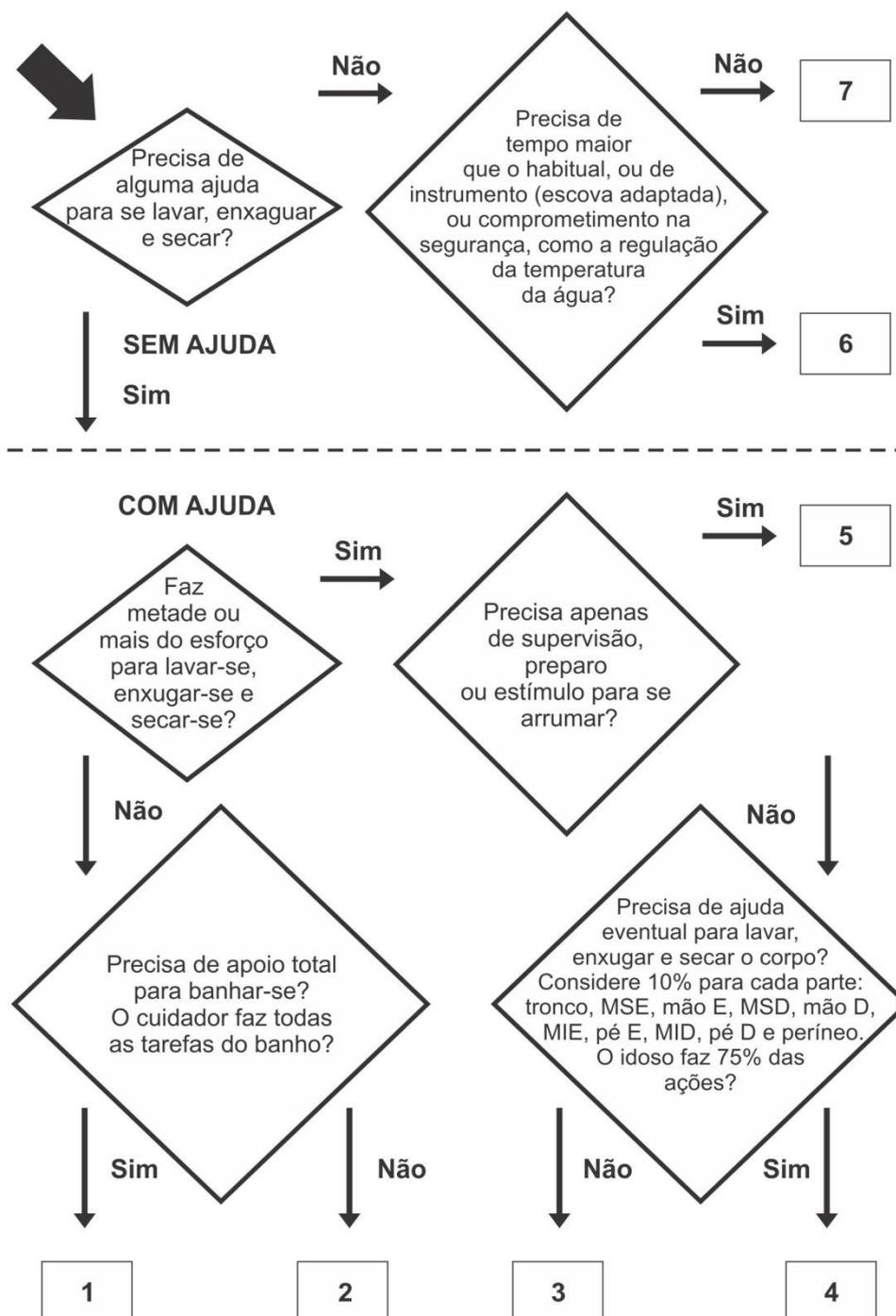


Figura 5 – Árvore de Decisões para mensuração da Tarefa – Banho.

Fonte: BRASIL (2007)

<p style="text-align: center;">OFICINA IV – EQUIPE MULTIPROFISSIONAL NA MENSURAÇÃO DA INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL</p>
--

Semana de Aprendizado XII - Plano de Atividades

O **décimo segundo** encontro tem o objetivo de dar continuidade a capacitação do instrumento MIF discutindo as árvores de decisões.

1. Estratégias Educacionais

a. Revisão do Contrato de Estudo.

O facilitador deve realizar com o grupo a re-leitura do contrato de estudo e se necessário renovar o acordo.

b. Discutir a Árvore de Decisões – Dimensão I – Autocuidado – Tarefas: Vestir-se acima da cintura, vestir-se abaixo da cintura e uso do vaso sanitário.

O grupo deverá realizar 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 deve ser realizada de forma dinâmica, em roda de conversa, dialogada e interpretativa. Para facilitar o entendimento o facilitador deve problematizar as árvores resgatando vivências prévias relativas as atividades, pois auxiliam na interpretação das tarefas e no aprendizado. As figuras 6, 7 e 8. representam respectivamente os fluxos das tarefas.

O papel do facilitador é incentivar a discussão e interpretação das árvores de decisões de forma individual e coletiva, resgatar as vivências que se aproximam das tarefas estudadas, principalmente no âmbito profissional, estimular a participação de todos e esclarecer todas as dúvidas no decorrer da explanação das árvores.

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

(Colocar e tirar roupa da cintura para cima. Necessário uso de prótese ou órtese?)

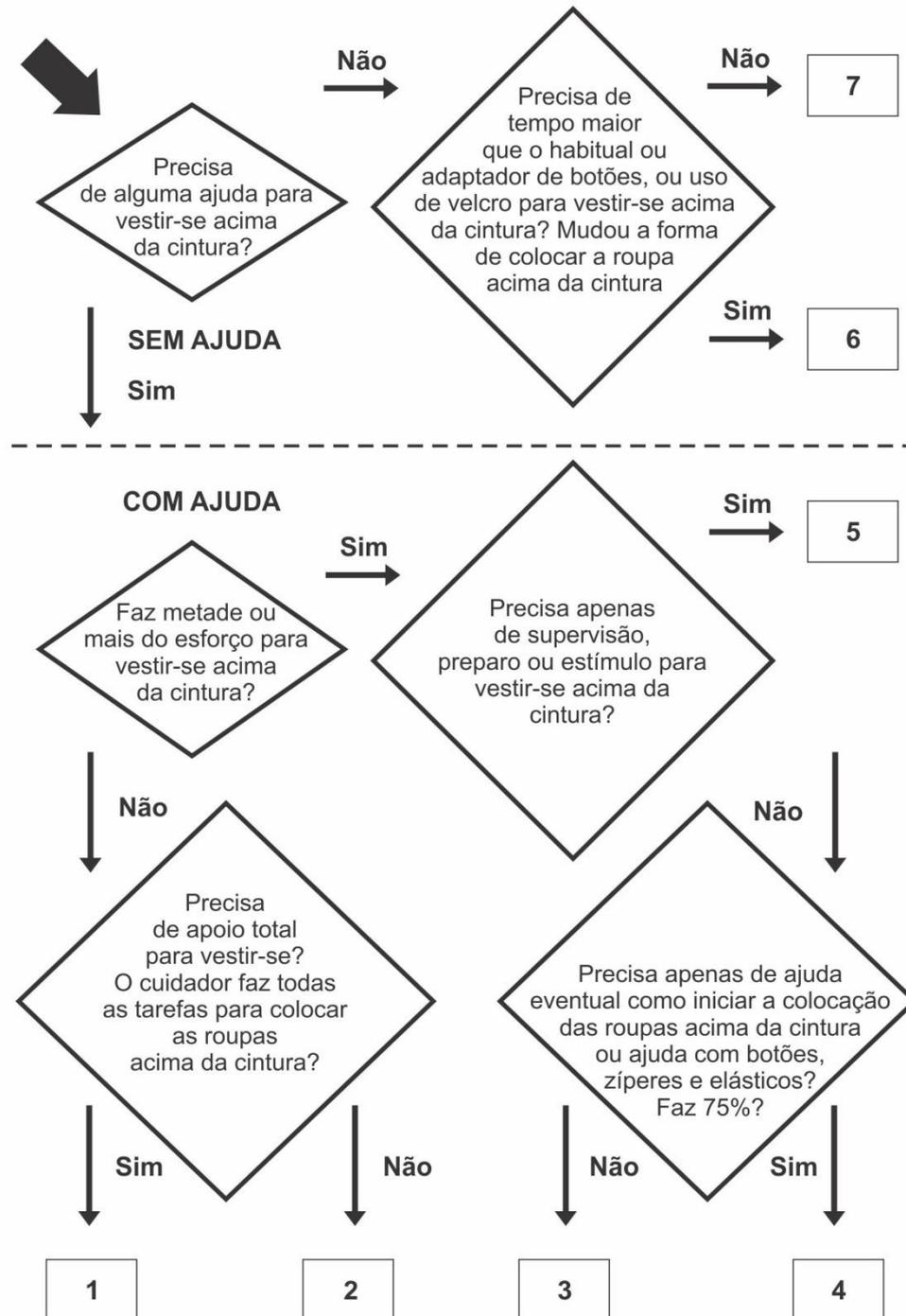


Figura 6 – Árvore de Decisões para a mensuração da Tarefa Vestir-se acima da Cintura

Fonte: BRASIL (2007)

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

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

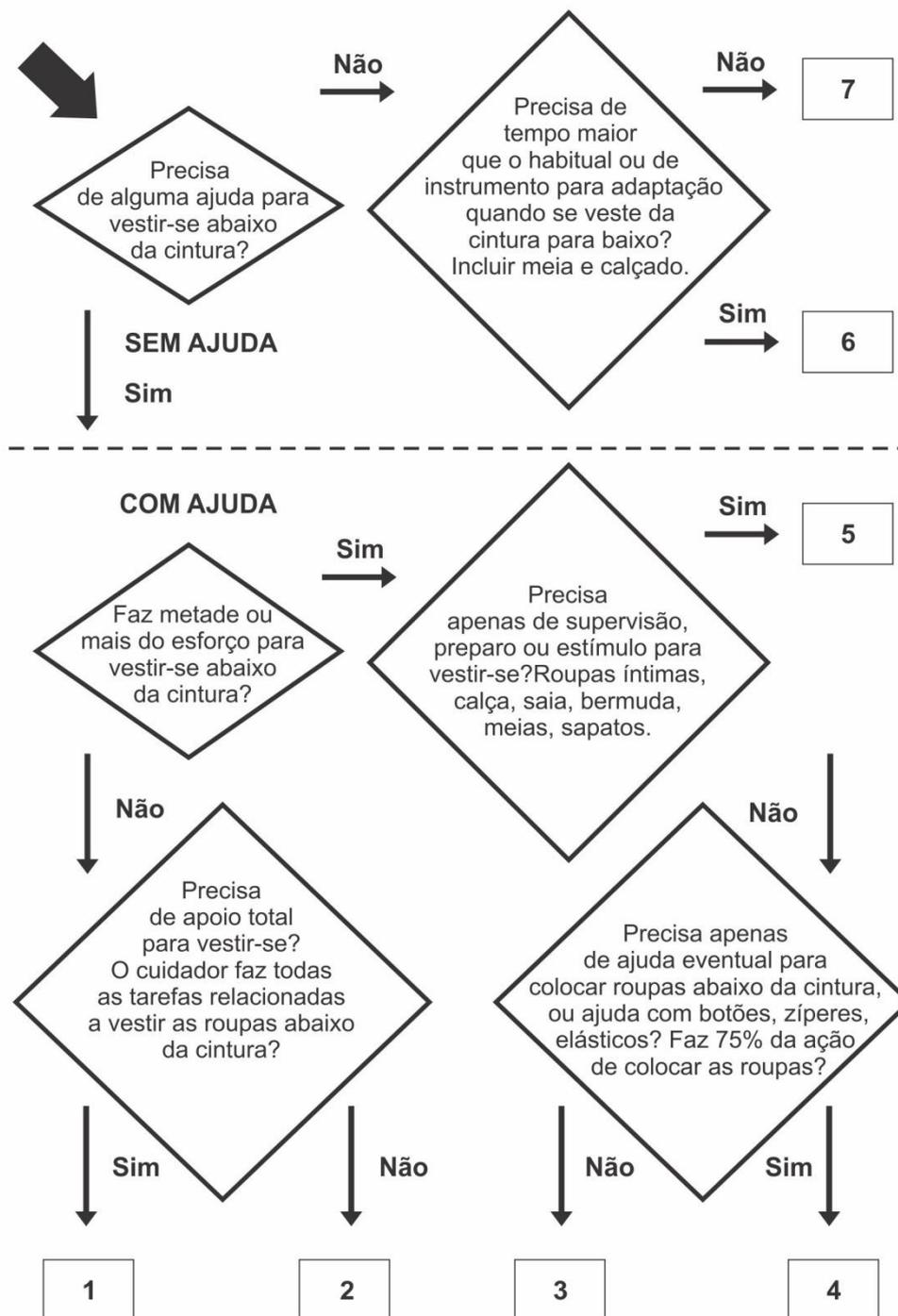


Figura 7 – Árvore de Decisões para a mensuração da Tarefa Vestir-se abaixo da Cintura.

Fonte: BRASIL (2007)

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)

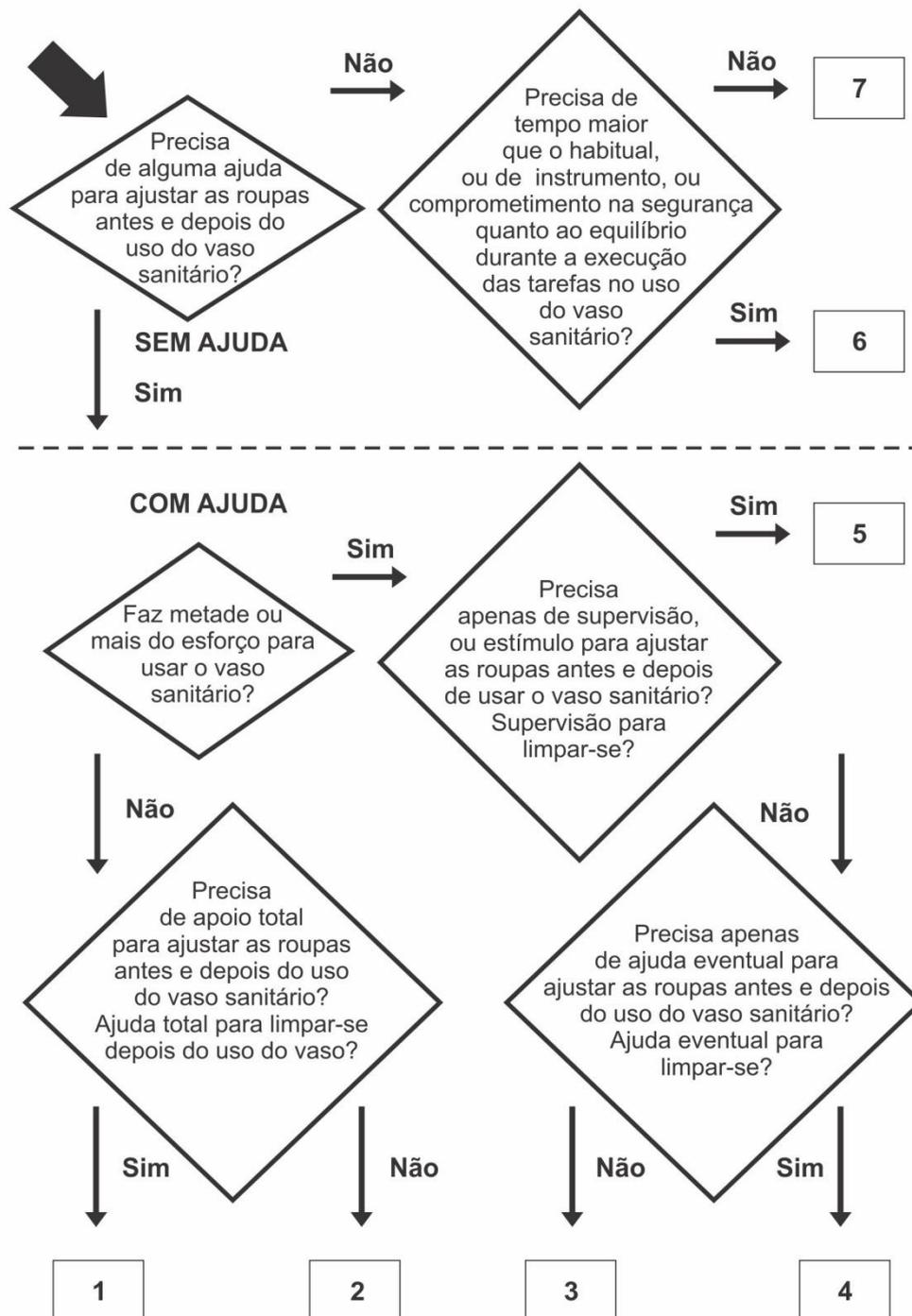


Figura 8 – Árvore de Decisões para a mensuração da Tarefa Uso do Vaso Sanitário

Fonte: BRASIL (2007)

2. Avaliação do Encontro

Ao término do encontro o facilitador realizará a avaliação com o grupo, de forma dialogada, contemplando todo o processo de aprendizado, nos quais os participantes avaliam a sua participação individual (autodirigida), o conteúdo ofertado pelas estratégias educacionais, a participação de todo o grupo e a do facilitador. A avaliação tem característica formativa, realizadas verbalmente durante e ao término de todas as atividades de ensino e aprendizagem.

O facilitador avaliará ainda o desenvolvimento do aprendizado, destacar as potencialidades individuais e coletivas dos participantes e do grupo, reforçando a avaliação de desempenho do participante do curso.

Sugestão de Leitura

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

<p style="text-align: center;">OFICINA IV – EQUIPE MULTIPROFISSIONAL NA MENSURAÇÃO DA INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL</p>
--

Semana de Aprendizado XIII - Plano de Atividades

O décimo terceiro encontro objetiva a continuidade na capacitação do instrumento MIF através das árvores de decisões.

1. Estratégias Educacionais

a. Revisão do Contrato de Estudo.

O facilitador realizará com o grupo a releitura do contrato de estudo e se necessário novo acordo.

b. Discutir a *Árvore de Decisões – Dimensão II – Controle de Esfíncteres – Tarefas: Controle de Urina e Controle de Fezes*

As tarefas controle de urina e de fezes pertencem à segunda dimensão do instrumento denominada de controle de esfíncteres. O grupo deverá ser conduzido com a mesma metodologia dos encontros anteriores, através da leitura dinâmica, problematizada em roda de conversa. As figuras 9 e 10 trazem as duas árvores respectivamente ao controle de urina e ao controle de fezes. As duas tarefas são divididas em duas interpretações parte I e parte II, descritas nas figuras 9.1 e 9.2 para o controle de urina e 10.1 e 10.2 para o controle de fezes.

A parte I da árvore de decisões controle de urina é aplicada quando o indivíduo avaliado possuem controle total ou parcial da diurese e se utiliza algum dispositivo para o controle, mesmo com o uso de dispositivos ou controle parcial da diurese, o indivíduo apresenta perdas urinárias, o avaliador deve desconsiderar a parte I e avaliar a tarefa com a árvore de decisões parte II. A árvore de decisões parte II mensura a quantidade de perda urinária e a frequência das perdas mensuradas. Tarefa que subsidia planejamento para amenizar as perdas urinárias, diminuindo os riscos e constrangimento do indivíduo. A parte II do controle de urina está descrita na figura 8.2 listado logo acima.

As figuras 10.1 e 10.2 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. As figuras 10.1 e 10.2 estão apresentadas logo abaixo respectivamente.

MIF - ÁRVORE DE DECISÕES - URINA - PARTE I

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

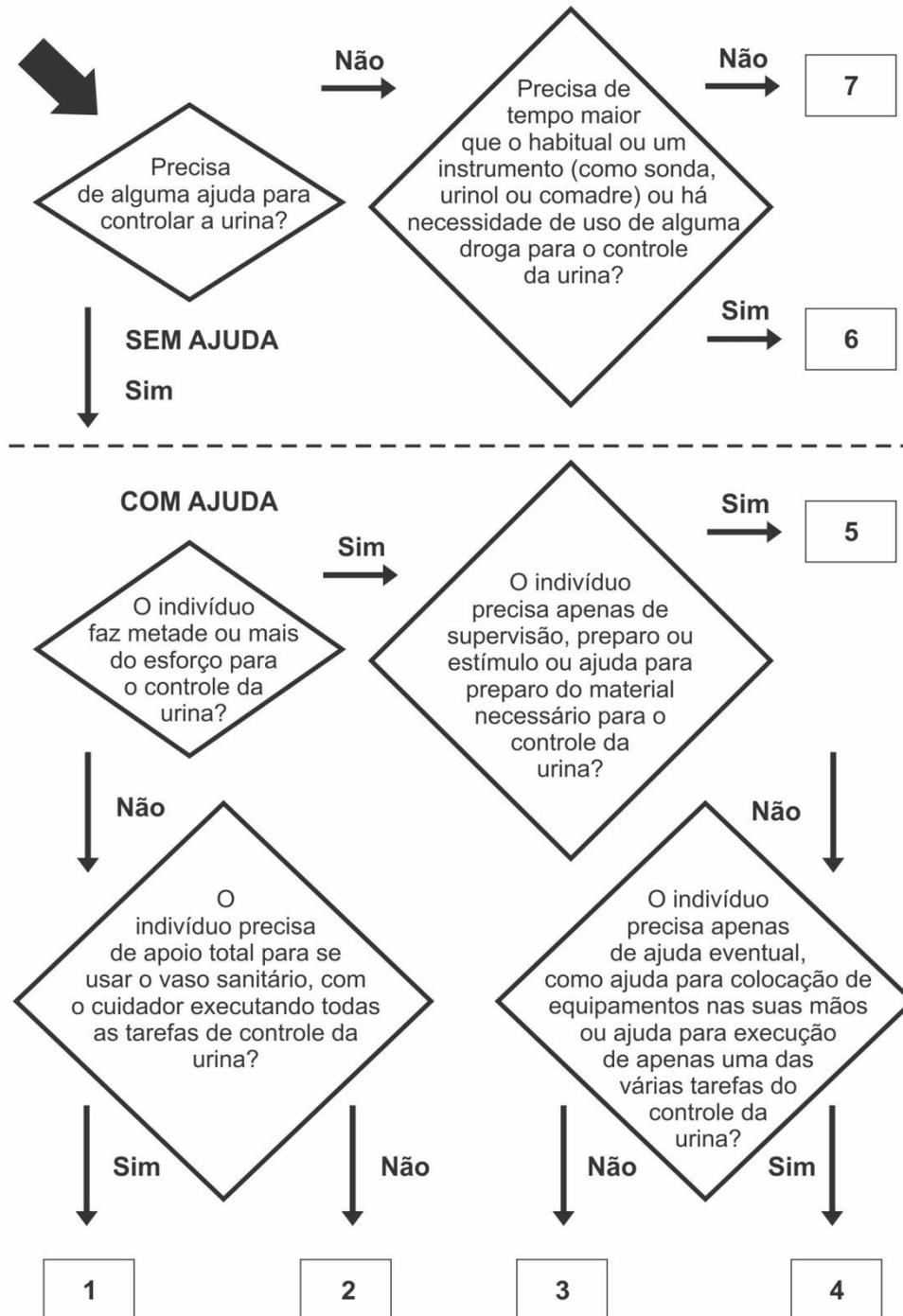


Figura 9.1 – Árvore de Decisões para mensurar a Tarefa Controle de Urina parte I

Fonte: BRASIL (2007)

MIF - ÁRVORE DE DECISÕES - URINA - PARTE II

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

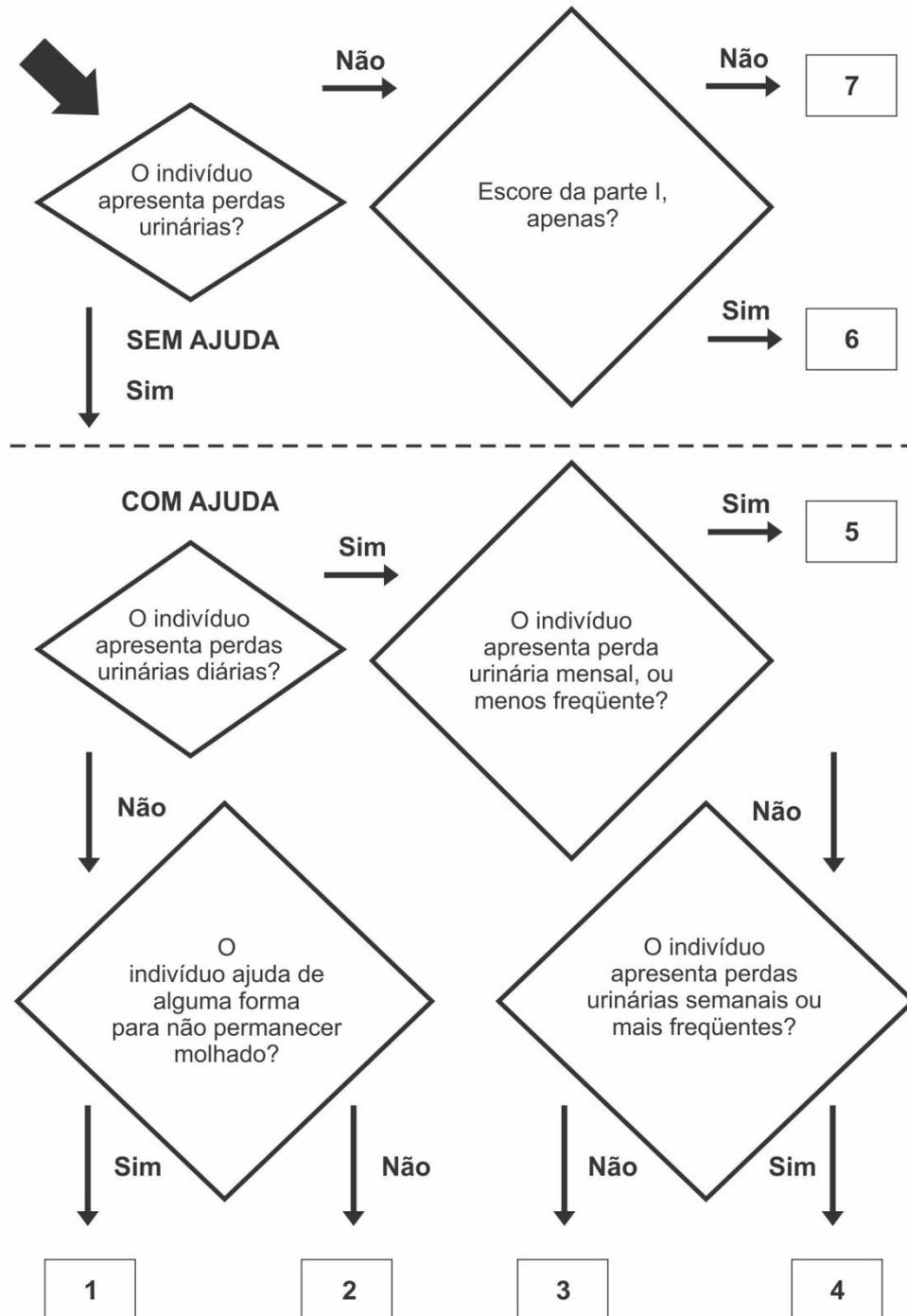


Figura 9.2 – Árvore de Decisões para mensurar a Tarefa Controle de Urina Parte II.

Fonte: BRASIL (2007)

MIF - ÁRVORE DE DECISÕES - FEZES - PARTE I

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

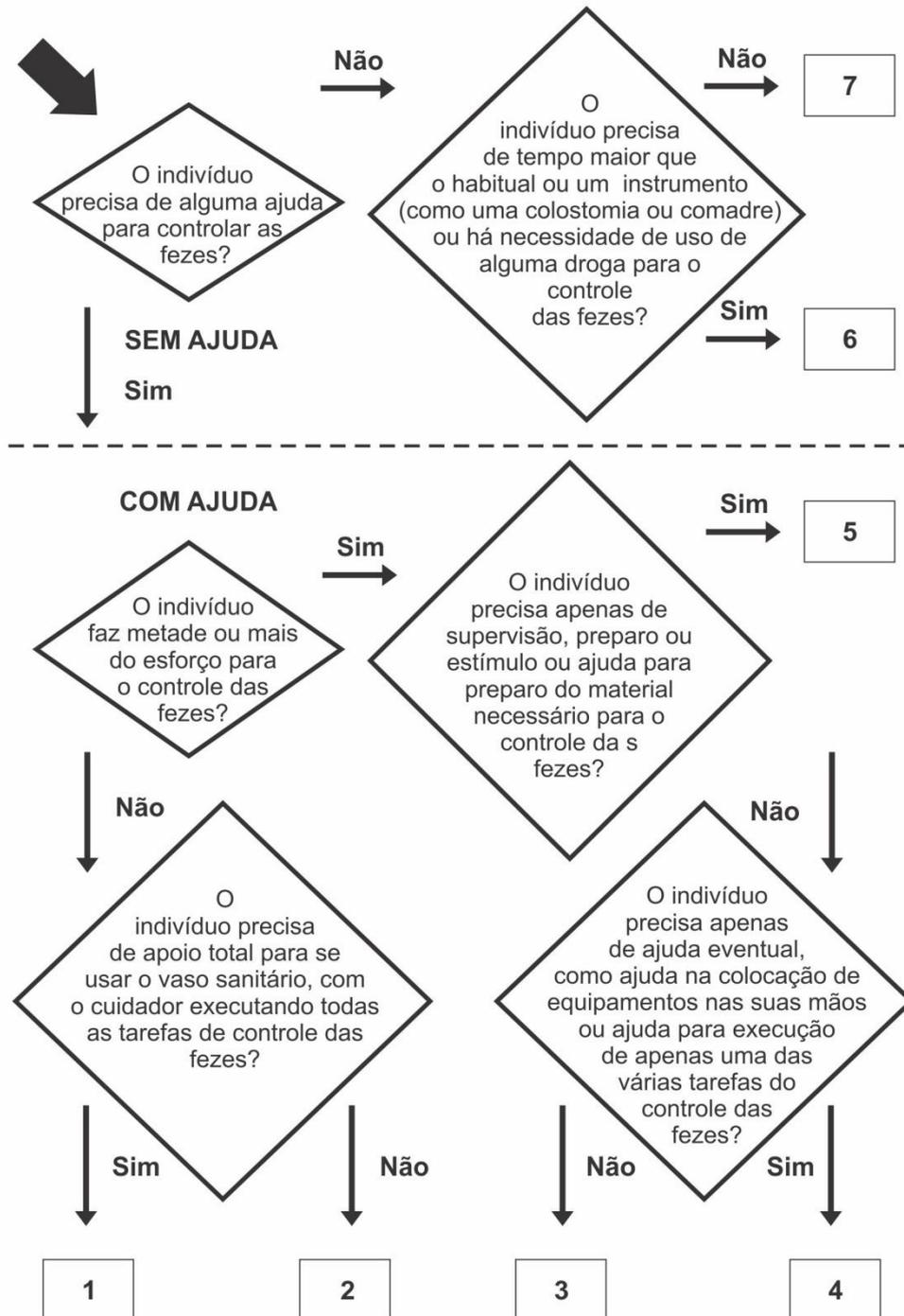


Figura 10.1 – Árvore de Decisões para mensurar a Tarefa Controle de Fezes Parte I.

Fonte: BRASIL (2007)

MIF - ÁRVORE DE DECISÕES - FEZES- PARTE II

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

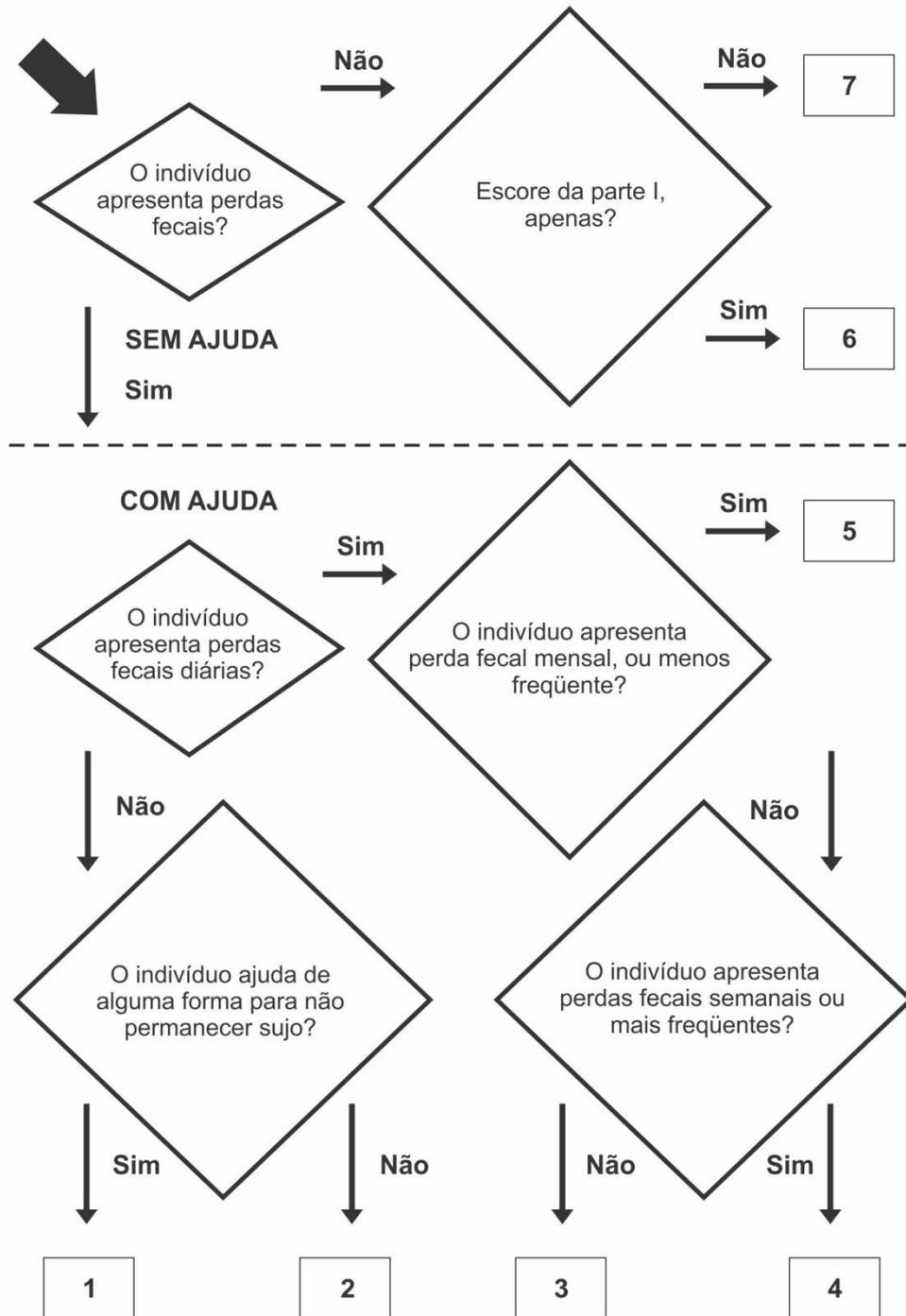


Figura 10.2 – Árvore de Decisões para mensurar a Tarefa Controle de Fezes Parte II.
Fonte: BRASIL (2007)

O grupo de aprendizado pode apresentar dificuldade nas interpretações das tarefas, devido a escolha da parte I e parte II podendo ocasionar dúvida em qual fluxo aplicar. Cabe ao facilitador esclarecer a aplicação dos mesmos, utilizando casos clínicos que se aproximam ao fluxo sendo uma boa estratégia educacional para facilitar a interpretação.

c. Discutir a Árvore de Decisões – Dimensão III – Mobilidade e Transferências – Tarefas: Leito, cadeira, cadeira de rodas, vaso sanitário e banheira ou chuveiro.

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 11, 12 e 13 apresentam as árvores de decisões que avaliam essas tarefas, os mesmos estão apresentados logo abaixo.

A interpretação das figuras 11, 12 e 13 deve ser realizada seguindo a mesma metodologia dos anteriores, de forma dinâmica em roda de conversa, problematizada, no qual os participantes resgatam as vivências prévias relativas à locomoção e mensuram um nível de dependência explícita nas árvores de decisões. Essa dimensão é muito relevante por estar ligada a locomoção, fator essencial na independência do indivíduo, dificuldade explícita nos familiares, diante de limitações motoras das pessoas a serem cuidada.

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.)

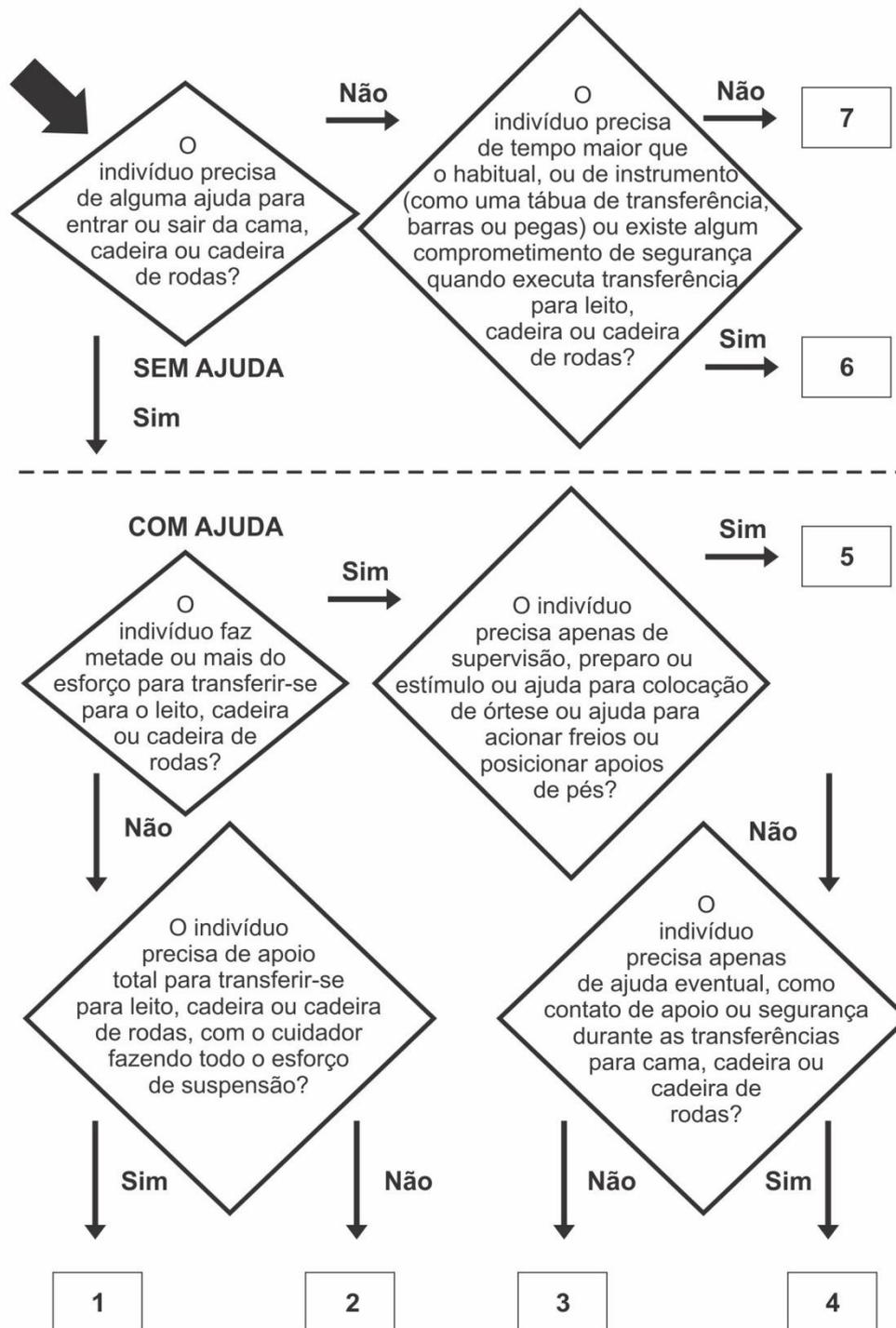


Figura 11 – Árvore de Decisões para a mensuração da Tarefa de Transferência, Leito, Cadeira e Cadeira de Rodas.

Fonte: BRASIL (2007)

MIF - ÁRVORE DE DECISÕES - TRANSFERÊNCIA VASO SANITÁRIO

(Considerar passar/sentar - para o vaso sanitário e vice-versa.)



Figura 12 – Árvore de Decisões para a mensuração da Tarefa de Transferência do Vaso Sanitário

Fonte: BRASIL (2007)

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

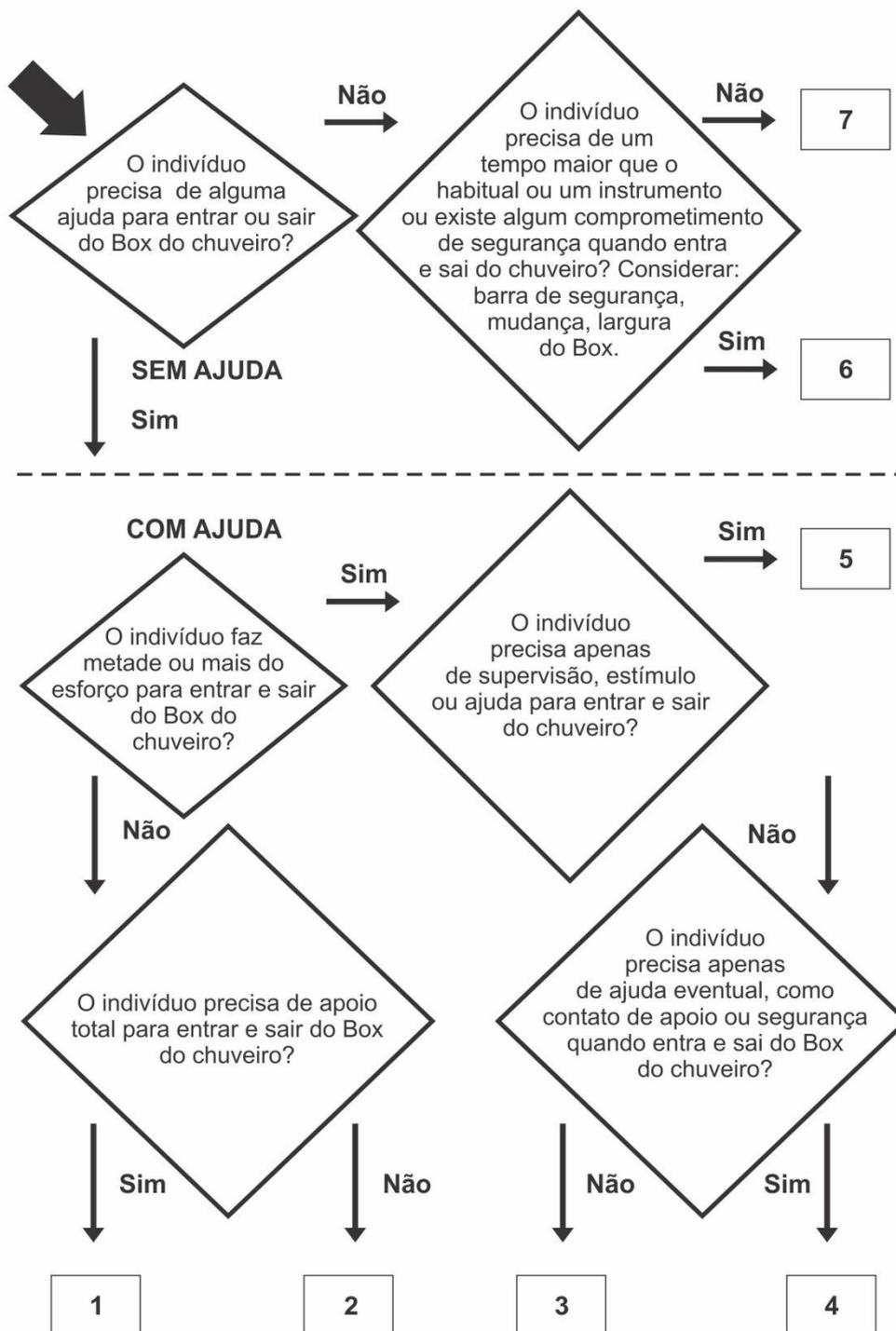


Figura 13 – Árvore de Decisões para a mensuração da Tarefa de Transferência chuveiro/Banheira
Fonte: BRASIL (2007)

2. Avaliação do Encontro

Ao término do encontro o facilitador realizará a avaliação com o grupo, de forma dialogada, contemplando todo o processo de aprendizado, nos quais os participantes avaliam a sua participação individual (autodirigida), o conteúdo ofertado pelas estratégias educacionais, a participação de todo o grupo e a do facilitador. A avaliação tem característica formativa, realizadas verbalmente durante e ao término de todas as atividades de ensino e aprendizagem.

O facilitador avaliará ainda o desenvolvimento do aprendizado, destacar as potencialidades individuais e coletivas dos participantes e do grupo, reforçando a avaliação de desempenho do participante do curso.

Sugestão de Leitura

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

<p style="text-align: center;">OFICINA IV – EQUIPE MULTIPROFISSIONAL NA MENSURAÇÃO DA INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL</p>
--

Semana de Aprendizado XIV - Plano de Atividades

O **décimo quarto** encontro mantém o objetivo de capacitar os participantes diante do instrumento MIF de acordo com as árvores de decisões não discutidas.

1. Estratégias Educacionais

a. Revisão do Contrato de Estudo.

O facilitador realizará com o grupo a releitura do contrato de estudo e se necessário um pré-acordo.

b. Discutir a Árvore de Decisões – Dimensão IV – Locomoção – Tarefas: Marcha / Cadeiras de Rodas e Escadas.

A quarta dimensão do MIF traz como eixo avaliativo a locomoção, destacadas pelas tarefas marcha, cadeiras de rodas e escadas. O grupo deverá realizar a leitura das árvores de decisões apresentadas nas figuras 14 e 15. A leitura deverá ser realizada de forma dinâmica como nos outros encontros, problematizada pelo grupo através de vivências prévias expostas na roda de conversa, até atingirem um consenso no resultado do nível de dependência.

A primeira árvore discutida segue na ordem do instrumento MIF sendo a Marcha e Cadeiras de Rodas, apresentada na figura 14. A segunda árvore discutida ainda na dimensão de locomoção foi à tarefa “subir escadas”. A dimensão locomoção avalia a marcha, o uso de cadeiras de rodas, subir escadas e a distância desses percursos. A figura 15 ilustra a árvore de decisões de sob a tarefa subir escadas listado logo abaixo.

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)

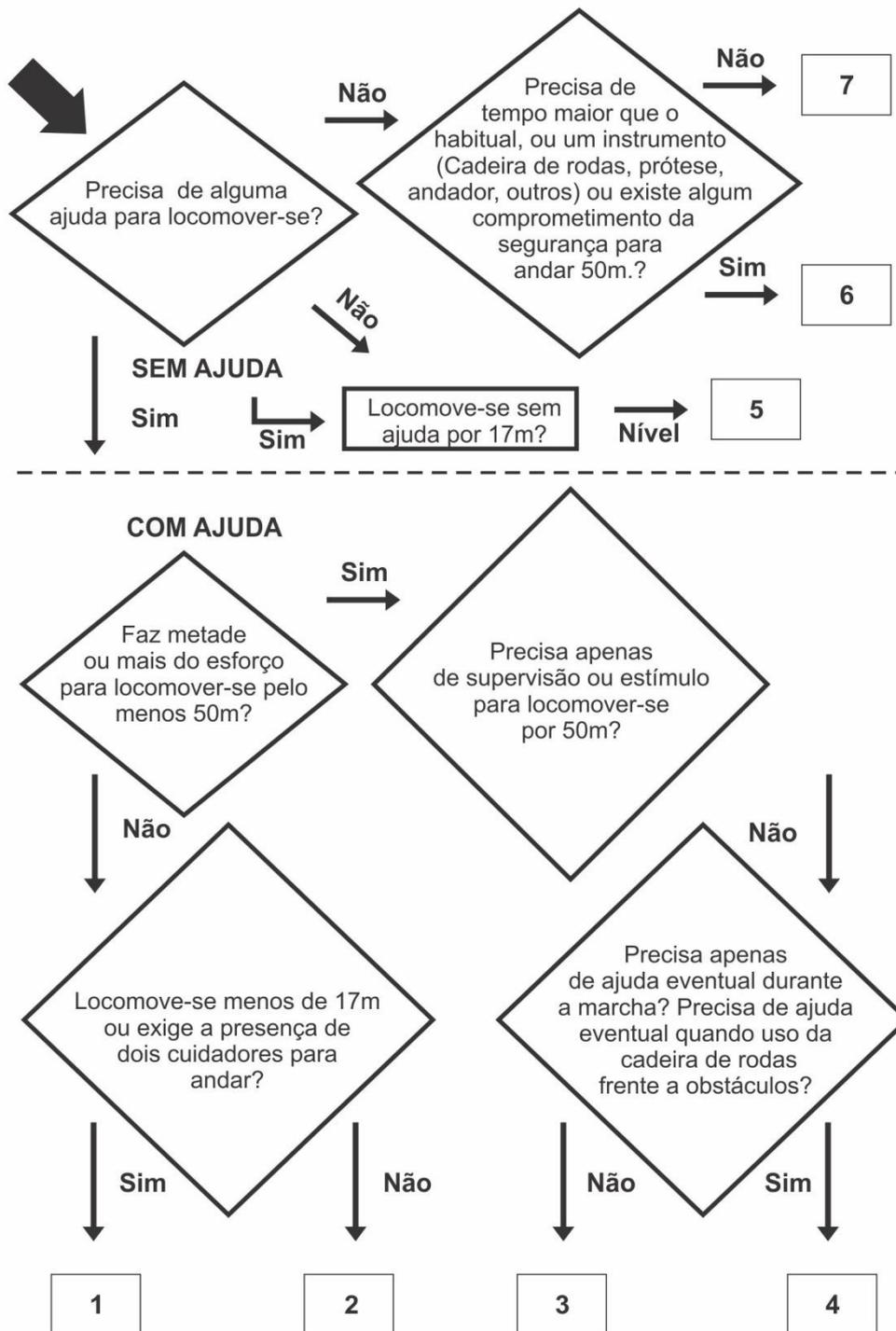


Figura 14 – Árvore de Decisões para a mensuração da Tarefa de Locomoção e Marcha.
Fonte: BRASIL (2007)

MIF - ÁRVORE DE DECISÕES - LOCOMOÇÃO: ESCADAS

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

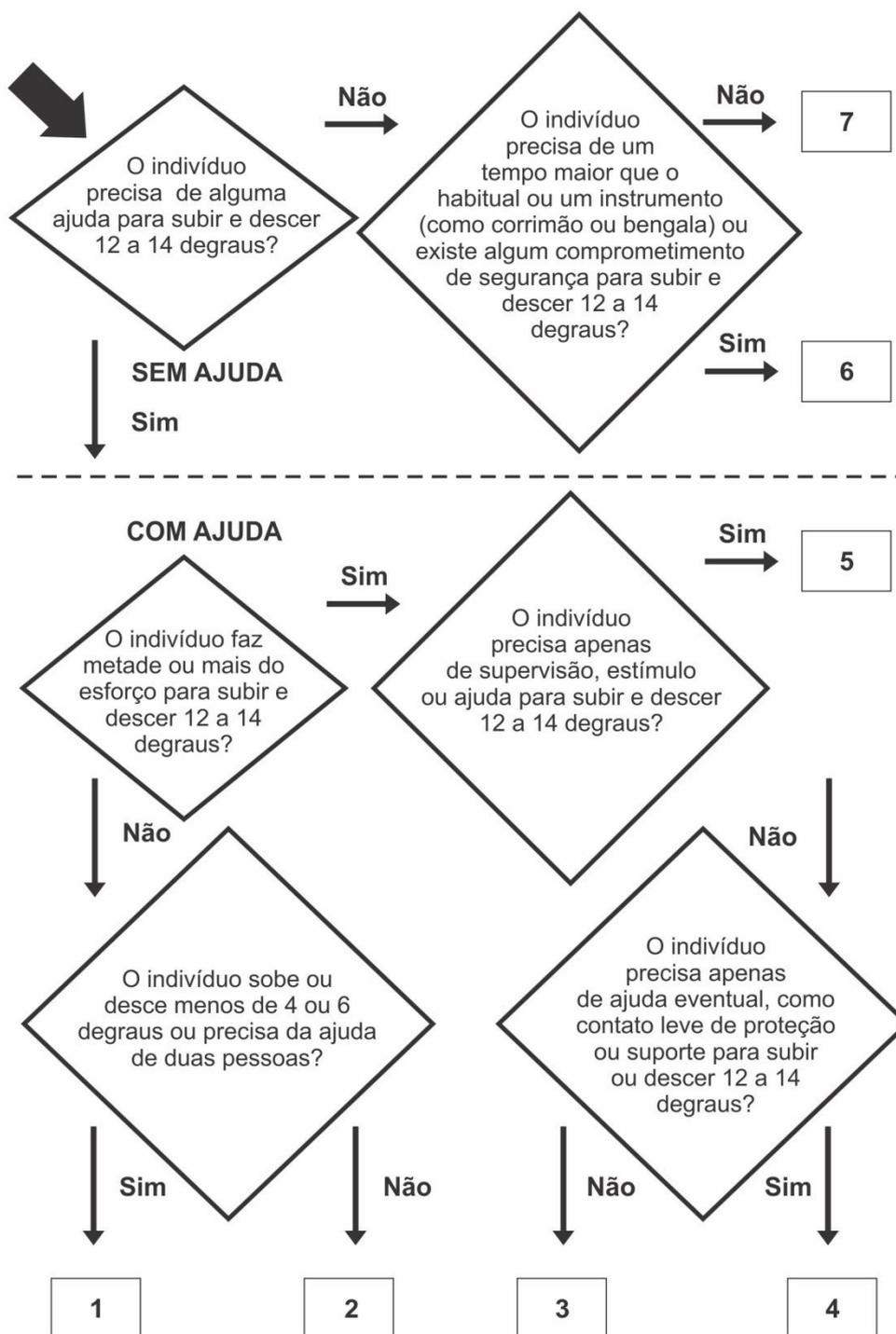


Figura 15– Árvore de Decisões para a mensuração da Tarefa de Locomoção – Escadas

Fonte: BRASIL (2007)

c. Discutir a Árvore de Decisões – Dimensão V – Comunicação – Tarefas: Compreensão e Expressão.

A quinta dimensão do instrumento MIF mensura a dependência funcional da comunicação, representada pelas tarefas de compreensão e expressão. O grupo deverá realizar a leitura dinâmica em roda de conversa de forma problematizada. As figuras 16 e 17 ilustram as duas tarefas respectivamente.

A tarefa compreensão é avaliada em duas classificações auditiva ou visual, identificando se o avaliado possui alguma dependência na comunicação seja auditiva ou visual.

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 16 – Árvore de Decisões para a mensuração da Tarefa de Comunicação – Compreensão.

Fonte: BRASIL (2007)

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 17 – Árvore de Decisões para a mensuração da Tarefa de Comunicação – Expressão

Fonte: BRASIL (2007)

d. Discutir a Árvore de Decisões – Dimensão VI –Cognição Social – Tarefas: Interação Social, Resolução de Problemas e Memória.

A última dimensão estudada é a de cognição social representada pelas tarefas de interação social, resolução de problemas e memória. Essa dimensão é classificada como MIF cognitiva. A MIF cognitiva foi 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 a memória.

Avalia o seu desempenho e habilidade que a pessoa lida com as suas próprias necessidades e 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 avalia a 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 18, 19 e 20, avaliando respectivamente através das árvores de decisões a interação social, resolução de problemas e memória.

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)

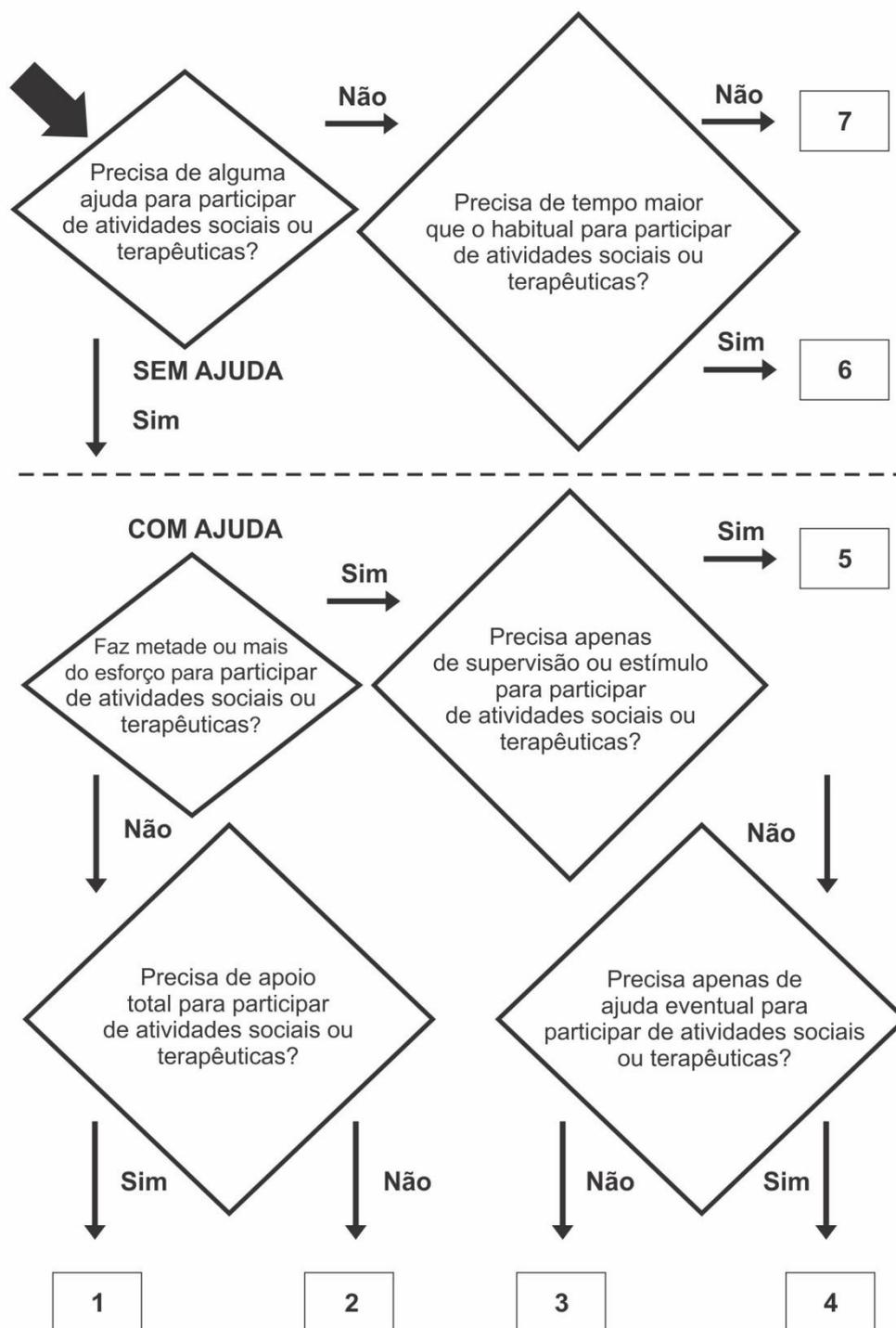


Figura 18– Árvore de Decisões para a mensuração da Tarefa: Cognição Social - Interação Social.

Fonte: BRASIL (2007)

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)

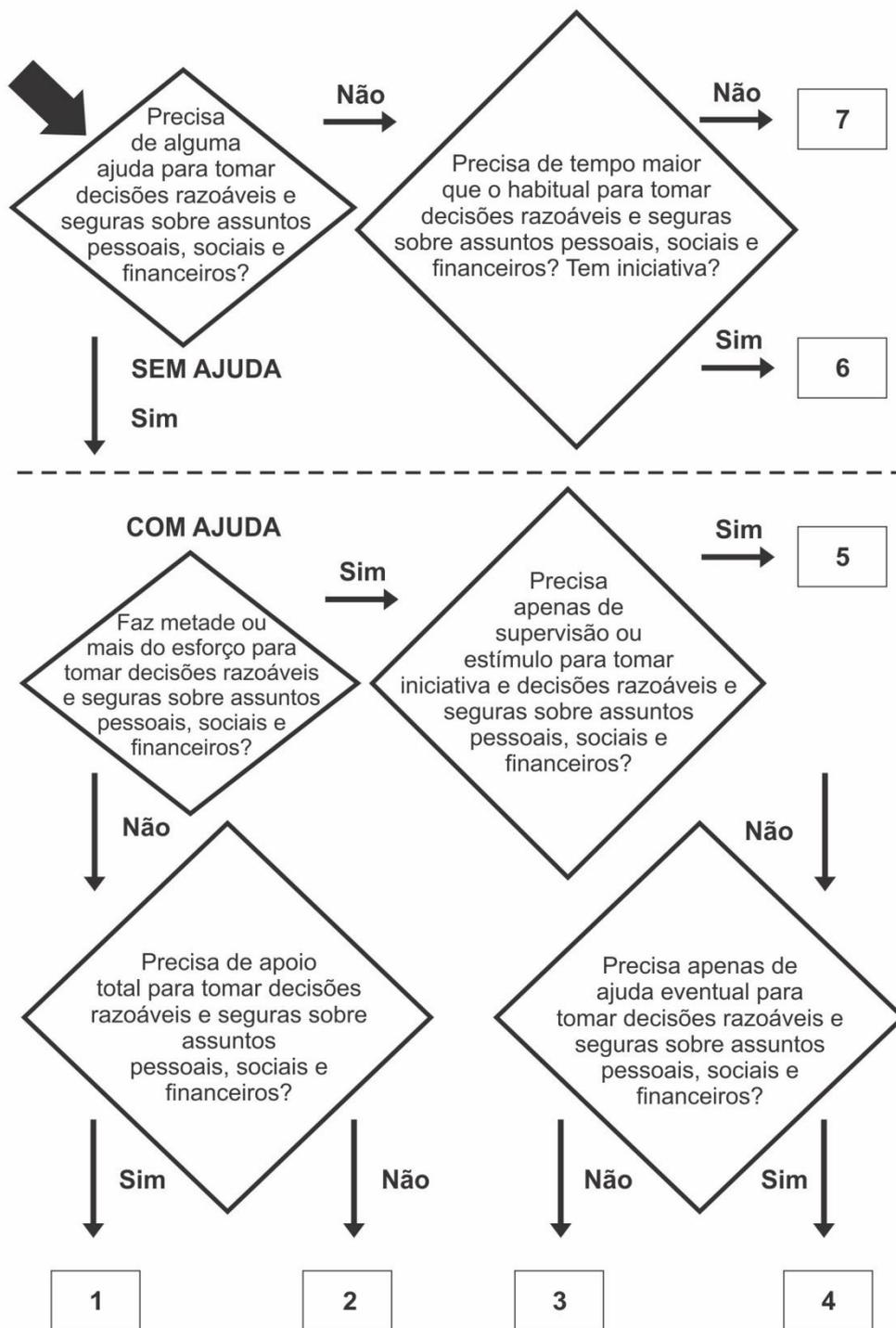


Figura 19 – Árvore de Decisões para a mensuração da Tarefa: Cognição Social – Resolução de Problemas

Fonte: BRASIL (2007)

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.)

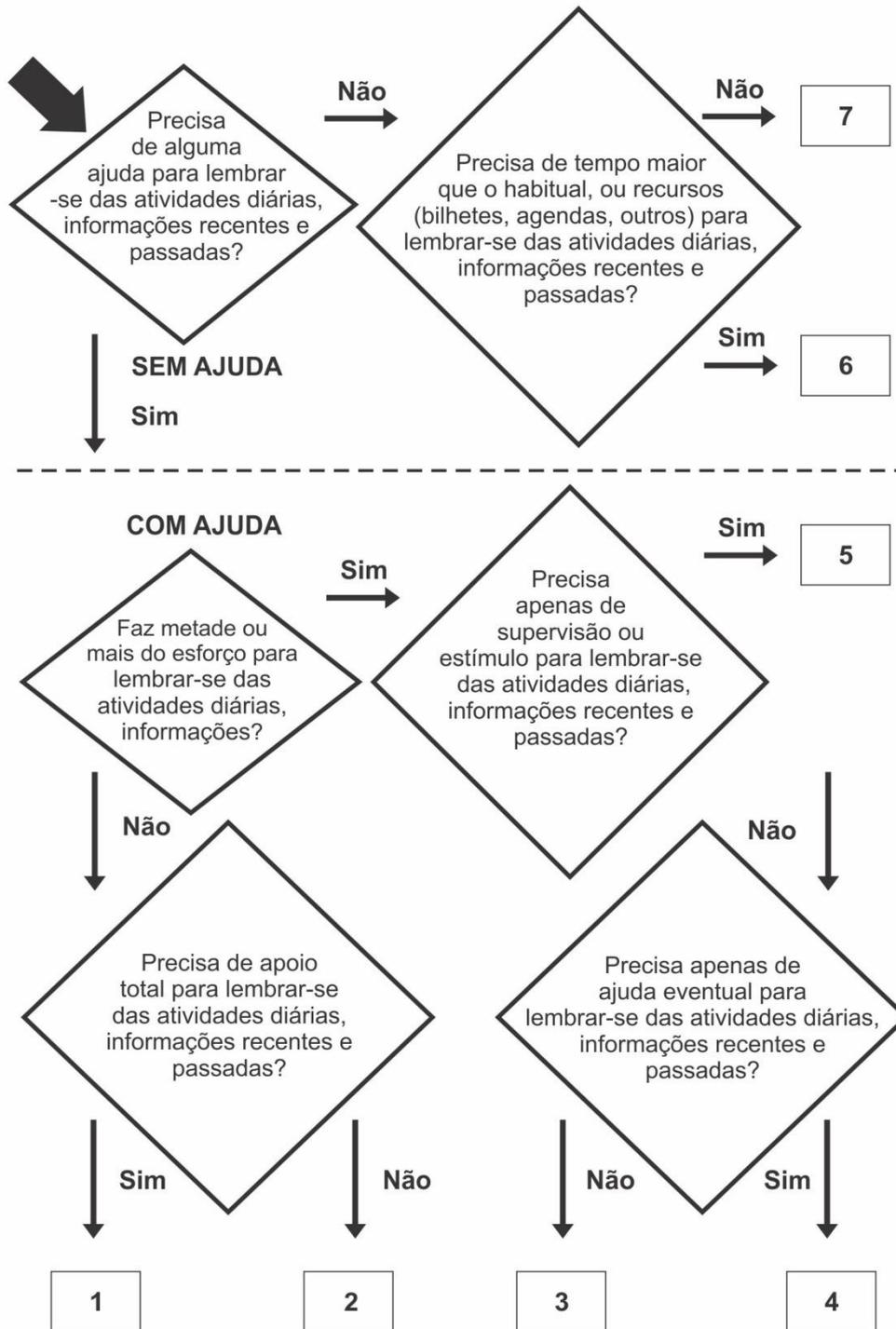


Figura 20 – Árvore de Decisões para a mensuração da Tarefa: Cognição Social – Memória.

Fonte: BRASIL (2007)

Por fim as árvores de decisões devem ser discutidas e interpretadas por todos os participantes do curso, atividade com o intuito de subsidiar conhecimento específico diante do instrumento MIF.

2. Avaliação do Encontro

Ao término do encontro o facilitador realizará a avaliação com o grupo, de forma dialogada, contemplando todo o processo de aprendizado, nos quais os participantes avaliam a sua participação individual (autodirigida), o conteúdo ofertado pelas estratégias educacionais, a participação de todo o grupo e a do facilitador. A avaliação tem característica formativa, realizadas verbalmente durante e ao término de todas as atividades de ensino e aprendizagem. O facilitador avaliará ainda o desenvolvimento do aprendizado, destacar as potencialidades individuais e coletivas dos participantes e do grupo, reforçando a avaliação de desempenho do participante do curso.

Sugestão de Leitura

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

OFICINA IV – EQUIPE MULTIPROFISSIONAL NA MENSURAÇÃO DA INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL

Semana de Aprendizado XV - Plano de Atividades

O **décimo quinto encontro** de aprendizagem tem o intuito de colocar em prática o aprendizado adquirido pela capacitação do MIF norteado pelas árvores explicativas.

1. Estratégias Educacionais

a. Aplicar e Discutir o instrumento MIF no Caso Clínico descrito na Figura 21

O facilitador deve orientar os participantes a aplicar o instrumento MIF em suas seis dimensões norteadas pelas árvores de decisões no estudo de caso presente no livro: “Avaliação de idosos: guia prático para estudantes, profissionais de saúde e pesquisadores” (ALVARENGA et al, 2014).

A atividade tem como objetivo aproximar o aluno frente às dimensões do instrumento e os níveis de mensuração da independência funcional do paciente. A aplicação do instrumento MIF em um caso clínico oportuniza ao participante a primeira aproximação no exercício de utilização do instrumento e interpretação do nível de dependência. O grupo deve exercer de um tempo para aplicação individual e em seguida discutir em grande roda, no qual oportunizará discussão até que o resultado chegue a um consenso.

A atividade educacional é importante para esclarecimento individual e coletivo quanto à aplicabilidade do instrumento, gerando reflexão na prática de trabalho e até mesmo um planejamento para incorporá-lo no processo de trabalho.

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 21. – Caso Clínico para aplicar o instrumento MIF.

Fonte: Livro de Avaliação de Idosos – ALVARENGA (2014, p. 92)

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.

b. Atividade a Distância- Aplicação do Instrumento MIF em pacientes na unidade de escolha do projeto e/ou das práticas educativas.

Cada participante deverá aplicar o instrumento MIF individualmente nos pacientes hospitalizados na unidade assistencial de escolha, para ampliação da discussão no próximo encontro, destacando as dificuldades, erros e os acertos frente à aplicação.

2. Avaliação do Encontro

Ao término do encontro o facilitador realizará a avaliação com o grupo, de forma dialogada, contemplando todo o processo de aprendizado, nos quais os participantes avaliam a sua participação individual (autodirigida), o conteúdo ofertado pelas estratégias educacionais, a participação de todo o grupo e a do facilitador. A avaliação tem característica formativa, realizadas verbalmente durante e ao término de todas as atividades de ensino e aprendizagem. O facilitador avaliará ainda o desenvolvimento do aprendizado, destacar as potencialidades individuais e coletivas dos participantes e do grupo, reforçando a avaliação de desempenho do participante do curso.

Sugestão de Leitura

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

<p style="text-align: center;">OFICINA IV – EQUIPE MULTIPROFISSIONAL NA MENSURAÇÃO DA INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL</p>
--

Semana de Aprendizado XVI - Plano de Atividades

O **último encontro** tem o intuito de desenvolver conhecimento específico frente ao instrumento MIF decorrente de sua aplicação para desenvolvimento de futuras práticas assistenciais.

1. Estratégias Educacionais

- a. Discussão da atividade de aplicação do Instrumento MIF em pacientes na unidade de Clínica Médica do Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados - HU/UGD.**

A atividade tem como propósito a discussão multiprofissional e interdisciplinar no grupo de aprendizagem referente à aplicação do instrumento MIF e caracterização dos resultados encontrados.

O grupo caminha para o término da capacitação no qual subsidiará aprendizagem específico diante de temáticas importantes para uma assistência em saúde de qualidade e integral, os estudos iniciaram discutindo e fundamentando conteúdos importantes como: cuidado em saúde, destacando a rede de cuidado integral e o agente cuidador; as DCNT e suas incapacidades, fatores que interferem na qualidade de vida da população principalmente na autonomia do indivíduo, consequentemente contribuindo para o adoecimento e piora progressiva da perda funcional; a incapacidade funcional, destacando ações e ferramentas que auxiliam na prevenção desse agente; e a avaliação da independência funcional norteada pelo instrumento MIF, que subsidia uma avaliação específica norteando estratégias e ações preventivas e investimentos de programas de melhoria de qualidade de vida e da saúde em geral.

2. Avaliação do Encontro

Ao término do encontro o facilitador realizará a avaliação somativa com o grupo, de forma dialogada, contemplando todo o processo de aprendizado. A avaliação somativa focaliza o desempenho dos participantes nas atividades educacionais, baseada no perfil de competência estruturado pelos organizadores do curso ou pelo facilitador, sendo atribuído ao término o conceito avaliativo.

3. AVALIAÇÃO DO PROGRAMA

A Avaliação é uma atividade educacional muito importante na execução das práticas educativas, de forma crítico-reflexiva e permanente, tanto para o planejamento e desenvolvimento das práticas como para o acompanhamento do processo de ensino e aprendizagem em ações educacionais. Um bom método de avaliação permite visualizar avanços e detectar dificuldades, subsidiando ações para a contínua qualificação do processo, dos produtos e dos resultados.

As práticas educativas devem ser avaliadas com foco na análise do desenvolvimento do curso considerando as dimensões: processo de ensino-aprendizagem, encontros e desempenhos dos participantes e professores. A avaliação deve estar baseada nos seguintes princípios: critério-referenciada, contínua dialógica, ética, democrática e corresponsável, formativa e somativa.

Para a avaliação do processo de ensino e aprendizagem, o desempenho dos participantes, dos professores e dos aspectos pedagógicos das atividades propostas são itens essenciais, que deverão estar presente no plano de avaliação das práticas.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A construção técnica foi disparada pela vivência como educador e como profissional de saúde inserido no contexto de saúde pública hospitalar, fomentado pelas dificuldades diárias que a profissão apresenta diante da assistência ao paciente com doença crônica e que tenha adquirido alguma incapacidade funcional.

Ao longo do desenvolvimento assistencial, dificuldades técnicas, científicas e educacionais da equipe multiprofissional em saúde foram identificadas e refletidas, provocando inquietações aos profissionais na busca de resolução e melhoria desse cuidado prestado.

Diante desse contexto, o mestrado profissional oportunizou conhecimento científico para elaboração de uma produção técnica que qualificasse os profissionais de saúde diante dessas demandas aproximando suas práticas de trabalho ao cuidado integral de saúde.

Por fim o “Guia para formação de profissionais de saúde na assistência à pacientes com incapacidade funcional” orienta os profissionais de saúde na formação específica diante desse público, apresentando estratégias educacionais que problematize suas práticas vivenciadas, subsidiando conhecimento para transformar essa realidade. Sob essa perspectiva, é importante ressaltar a importância de investimento e iniciativas de políticas e programas voltados para a educação permanente em saúde que resultam principalmente na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde da população, não se restringindo a ações isoladas por projetos e que garantem essa assistência por um único e pequeno período.

REFERÊNCIAS

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.

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=S141381232008000400016&lng=en&nrm=iso > Acesso em: 24 Jun. 2014.

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.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Caminhos para a mudança da formação e desenvolvimento dos profissionais de saúde: diretrizes da ação política para assegurar educação permanente no SUS** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, p. 11, 2003.

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, 2004. Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf >. Acessado em 15 de Junho de 2016.

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 2006, 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 marco de 2014.

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/abcad19.pdf> > Acessado em 22 de Junho de 2016.

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.

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

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>>. Acesso em: 21 Mai. 2015.

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.

COTTA, R. M. M. et al. Debates atuais em humanização e saúde: quem somos nós?. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.18, n.1, p.171-179, jan. 2013. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000100018&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 03 jul. 2016.

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.

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

GEMIGNANI, E. Y.M.Y. Formação de professores e metodologias ativas de ensino-aprendizagem: ensinar para compreensão. **Rev. Fronteira Educ.** (online). Recife, v.1, n.2, 2012. Disponível em: < <http://www.fronterasdaeducacao.org/index.php/fronteras/article/view/14>>. Acesso Jul. 2016.

HOFFMANN, L. M. A.; KOIFMAN, L. O olhar supervisivo 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

HURTADO, C. A educação popular: conceito que se define na práxis. 2007. Disponível em: <<http://www.ifibe.edu.br/arq/201509141742421165209325.pdf>>. Acesso em: 14 Jun. 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.

ITAMI, L. T. et al. Adultos com fraturas: das implicações funcionais e cirúrgicas à educação em saúde. **Revista da escola de Enfermagem 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.

ITO, E. E.; PERES, A.M.; TAKAHASHI, R.T.; LEITE, M.J. O ensino de enfermagem e as diretrizes curriculares nacionais: utopia x realidade. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v.40, n.4, p.570-575, Dez. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342006000400017&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 28 Jun. 2016.

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.

MACIEL, M.E.D.; BORGES, P.K.O.; SALES, C.M., RENOVARO, R.D. Educação em saúde na percepção de agentes comunitários de saúde. **Cogitare Enferm.** v.14, n.2, abr-jun, p.340-345, 2009. 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=562594&indexSearch=ID>>. Acesso em: 03 Jul. 2013.

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

MARTINS, J. J. 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.

MEZZARI, A. O uso da aprendizagem baseada em problemas como reforço ao ensino presencial utilizando o ambiente de aprendizagem *Moodle*. **Rev. Bras. Educ. Médica.** v. 35, n.1, p. 114-121, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbem/v35n1/a16v35n1.pdf>>. Acesso em: 03 Jul. 2016.

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=S141381232008000900018&lng=pt&nrm=iso> Acesso em: 13 Out. 2015.

NASCIMENTO, M.A.G.; SILVA, C.N.M. Rodas de conversa e oficinas temáticas: experiências metodológicas de ensino-aprendizagem em geografia. **ENPEG**. (pôster), Porto Alegre, 2009. Disponível em: <[http://www.agb.org.br/XENPEG/artigos/Poster/P%20\(36\).pdf](http://www.agb.org.br/XENPEG/artigos/Poster/P%20(36).pdf)>. Acesso em: 03 Jul. 2016.

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.

RENOVATO, R. D.; BAGNATO, M.H.S. Práticas educativas em saúde e a constituição de sujeitos ativos. **Texto Contexto Enferm**. Florianópolis, v. 19, n.3, jul-set, p. 554-562, 2010. Disponível em: > <http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n3/a18v19n3.pdf> >. Acesso em: 03 Jul. 2016.

RENOVATO, R. D.; BAGNATO, M.H.S. Da educação sanitária para a educação em saúde (1980-1992): discursos e práticas. **Rev. Eletr. Enfer.** (internet), v. 14, n. 1, p. 77-85, jan-mar, 2012. Disponível em: < <http://www.fen.ufg.br/revista/v14/n1/v14n1a09.htm> > Acesso em: 03 Jul. 2016.

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

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.

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.