

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

NATHALIA HAMMERSCHMIDT KOLB CARNEIRO

SENSIBILIZAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE A SÍNDROME DA
FRAGILIDADE EM IDOSOS

CURITIBA
2013

NATHALIA HAMMERSCHMIDT KOLB CARNEIRO

SENSIBILIZAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE A SÍNDROME DA
FRAGILIDADE EM IDOSOS

Projeto Técnico apresentado ao Departamento de Administração Geral e Aplicada do Setor de Ciências Sociais Aplicadas da Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Gestão Saúde.

Orientador: Profª Drª Aida Maris Peres

CURITIBA
2013

RESUMO

A expectativa de vida dos idosos brasileiros está aumentando e, como consequência, aumenta-se o número de doenças, principalmente as não transmissíveis, nessa população. A síndrome da fragilidade é tema recente nas pesquisas nacionais e internacionais e trata-se do aumento da vulnerabilidade dos idosos aos efeitos adversos do ambiente. Tal síndrome pode ser identificada através da avaliação de cinco componentes físicos: diminuição da força de preensão manual, velocidade da marcha reduzida, autorrelato de fadiga/exaustão, perda de peso não intencional e redução do nível de atividade física. A educação continuada dos profissionais de saúde é necessária para que a assistência voltada ao idoso seja específica e de qualidade. O objetivo do presente trabalho foi sensibilizar os profissionais de saúde, do Sistema Único de Saúde, para a avaliação da síndrome da fragilidade em idosos. Para o alcance do objetivo propôs-se a utilização de referencial metodológico que sugere a realização de oficinas em dinâmicas de grupo. Tal referencial aborda cinco passos: a escolha do tema; análise da demanda; pré - análise com escolha do “foco” e dos “temas-geradores”; enquadre; e planejamento flexível. A educação continuada proposta no presente projeto visa primeiramente a realização em apenas uma unidade de saúde de Curitiba-PR e, conforme sua viabilidade, a expansão para outras unidades de saúde da cidade. As atividades de educação permanente devem ocorrer com frequência nas instituições de saúde e atentar para este item é uma das funções do gestor em saúde. O aperfeiçoamento traz benefícios tanto para este que recebe o conhecimento e é capaz de transformar sua prática, quanto para aquele que é assistido e tem suas necessidades supridas. O gestor em saúde necessita criar oportunidades e espaço para que a educação permanente ocorra, bem como motivar a equipe para a participação desta. É necessário que ele observe a necessidade dos temas a serem abordados, mas é importante também que permita a sugestão de temas pelos profissionais da área. Com o envelhecimento populacional, a prevenção de dependências, incapacidades e fragilidade se torna item fundamental no plano assistencial do idoso, visto que a maioria desses indivíduos possuem condições de desenvolver um envelhecimento ativo e participativo na sociedade. Saber identificar os fatores de risco para fragilidade auxilia na manutenção da autonomia e independência dos idosos. A intervenção correta nos casos de fragilidade pode contribuir para a melhora da qualidade de vida desses indivíduos.

Palavras-chave: Idoso Fragilizado; Capacitação em Serviço; Prática profissional

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

QUADRO 1 – OFICINAS PROPOSTAS PARA CADA ENCONTRO.....13

QUADRO 2 – CRONOGRAMA DAS ATIVIDADES.....15

LISTA DE SIGLAS

ACS	- Agente Comunitário de Saúde
AVD	- Atividade de Vida Cotidiana
CNPq	- Conselho Nacional de Pesquisa
DS	- Distrito Sanitário
ESF	- Estratégia de Saúde da Família
GMPI	- Grupo Multiprofissional de Pesquisa sobre Idosos
IMC	- Índice de Massa Corporal
PNSPI	- Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
SBGG	- Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia
SUS	- Sistema Único de Saúde
UBS	- Unidade Básica de Saúde
UFPR	- Universidade Federal do Paraná

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	1
1.1 APRESENTAÇÃO/PROBLEMÁTICA.....	1
1.2 OBJETIVO GERAL DO TRABALHO.....	3
1.3 JUSTIFICATIVAS DO OBJETIVO	3
2. REVISÃO TEÓRICO-EMPÍRICA	4
3. METODOLOGIA	8
4. A ORGANIZAÇÃO	9
4.1 DESCRIÇÃO GERAL:	9
4.2 - DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO-PROBLEMA.....	10
5. PROPOSTA	11
5.1 DESENVOLVIMENTO DA PROPOSTA E PLANO DE IMPLANTAÇÃO.....	11
5.1.1 PASSO 1: A ESCOLHA DO TEMA.....	11
5.1.2 PASSO 2: ANÁLISE DA DEMANDA.....	11
5.1.3 PASSO 3: ANÁLISE COM ESCOLHA DO FOCO E DOS TEMAS GERADORES.....	11
5.1.4 PASSO 4: ENQUADRE.....	11
5.1.5 PASSO 5: PLANEJAMENTO FLEXÍVEL.....	12
5.2 DESCRIÇÃO DAS TÉCNICAS UTILIZADAS NAS DINÂMICAS.....	13
5.3 AVALIAÇÃO.....	14
5.4 CRONOGRAMA.....	15
5.5 RECURSOS.....	15
5.6 RESULTADOS ESPERADOS	16
5.7 RISCOS OU PROBLEMAS ESPERADOS E MEDIDAS PREVENTIVO-CORRETIVAS...	16
6. CONCLUSÃO	18
7. REFERÊNCIAS	19

1. INTRODUÇÃO

1.1 Apresentação/Problemática

O envelhecimento populacional vem resultando, no contexto mundial, da diminuição das taxas de mortalidade e fecundidade e do aumento da expectativa de vida (PASCHOAL, 2002). No Brasil, e em quase todo o mundo, as taxas de mortalidade foram as que sofreram maior declínio, resultando no envelhecimento da população idosa. Constatou-se que é a população “muito idosa”, ou seja, aquela que possui 80 anos ou mais, a que tem apresentado as maiores taxas de crescimento (CAMARANO, 2006; LENARDT *et al.*, 2009).

Habitualmente associa-se a população idosa aos países desenvolvidos, como Japão e países da Europa e América do Norte, onde o processo de envelhecimento ocorreu de forma lenta e gradual. Entretanto, a partir do ano de 1960, observa-se que a maioria dos idosos, em números absolutos, vive em países de terceiro mundo, e as projeções estatísticas indicam que esta é a faixa etária que mais crescerá nos países em desenvolvimento. Essa transição tem ocorrido de forma dinâmica e rápida (PASCHOAL; SALLES; FRANCO, 2006).

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística no Brasil, em 2010, existiam aproximadamente 20,5 milhões de idosos (IBGE, 2013). A participação dessa faixa etária no total da população brasileira passou de 4% em 1940 para 8,6% no ano 2000. No que se refere aos idosos com 80 anos ou mais, o número de indivíduos nessa faixa etária passou de 166 mil em 1940 para 1,8 milhão em 2000, representando 12,8% da população idosa e 1,1% da população total. Embora esse segmento populacional ainda represente um contingente pequeno, existem previsões do aumento do número desses idosos para 9 milhões em 2020 e 14 milhões em 2040 (CAMARANO, 2006).

A crescente população de idosos coloca em evidência a possibilidade de dependência e incapacidade nesses indivíduos. Além disso, em qualquer parte do mundo, a população idosa é responsabilizada pelo acréscimo nos gastos com hospitalizações à medida que a faixa etária aumenta, sendo também a parcela da população que permanece mais tempo hospitalizada (GONÇALVES; TOURINHO, 2012). Esses aspectos podem ser exacerbados quando a etapa ou etapas do

envelhecimento vêm acompanhadas pela fragilidade decorrente da dimensão fisiopatológica.

Apesar de ainda não existir consenso entre pesquisadores a respeito da definição do termo fragilidade em idosos e de sua dimensão, observa-se a importância de sensibilizar os profissionais de saúde para a avaliação da síndrome nos idosos. Segundo diretriz da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) é necessária a “formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa” (BRASIL, 2006, p.7).

Observa-se que, no Brasil, a partir de estudos realizados pela área de geriatria e gerontologia, maneiras de avaliar e identificar o idoso com risco de desenvolver fragilidade têm sido desenvolvidas e, aos poucos, inseridas na PNSPI (GONÇALVES; TOURINHO, 2012). Ainda, a implementação da Caderneta de Saúde do Idoso pela Estratégia da Saúde da Família preconiza a realização da avaliação e identificação da pessoa fragilizada pela atenção básica a saúde (GONÇALVES; TOURINHO, 2012).

Sabe-se que a maioria dos profissionais que atuam na atenção primária a saúde possuem formação generalista e não especialista. Neste sentido, entende-se que cursos de educação continuada, nas diversas áreas existentes, são necessários, visto que cada uma requer cuidados diferenciados devido a suas especificidades. Além disso, os profissionais da saúde necessitam entender os conceitos utilizados na PNSPI para que possam avaliar e identificar corretamente a síndrome da fragilidade em idosos.

Este projeto utiliza a definição de fragilidade física proposta por Fried *et al.* (2004, p. 256) que a caracteriza como

o estado fisiológico de maior vulnerabilidade ao estresse, que resulta da diminuição de reservas fisiológicas e até mesmo da desregulação dos múltiplos sistemas fisiológicos. Esta diminuição é oriunda da dificuldade em manter a homeostase em face das perturbações, sejam elas extremos de temperatura ambiental, exacerbações de uma doença crônica, doença aguda ou uma lesão.

1.2 Objetivo Geral do trabalho

Sensibilizar os profissionais de saúde, do Sistema Único de Saúde, para a avaliação da síndrome da fragilidade em idosos.

1.3 Justificativas do objetivo

Tendo em vista o crescente número de idosos no Brasil e a recente descoberta da síndrome da fragilidade em idosos, aponta-se como primeiro passo a importância da sensibilização dos profissionais de saúde, principalmente da atenção primária, a respeito da avaliação do nível de fragilidade em idosos. Espera-se que os profissionais de saúde sejam capazes de reconhecer os indivíduos que estão em risco para fragilidade e estabeleçam planos de ação condizentes com cada uma das etapas da síndrome no idoso.

Além disso, segundo diretriz da PNSPI é necessária a “formação e educação permanente dos profissionais de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) na área de saúde da pessoa idosa” (BRASIL, 2006, p.7). Os cursos de educação permanente auxiliam no suprimento de conhecimento que, muitas vezes, foi escassa em algumas áreas durante a formação do profissional da saúde. Isso inclui a área de saúde do idoso que, em várias instituições de ensino, ainda é abordada superficialmente. Segundo Silva *et al.* (2008) a educação permanente se faz importante em todos os contextos, justificando a necessidade de capacitação na temática abordada.

2. REVISÃO TEÓRICO-EMPÍRICA

Fried *et al.* (2001) sugerem que a fragilidade física é causada pela diminuição do nível de energia e pela redução da manutenção da resistência aos fatores estressores. Ou seja, a fragilidade é

o estado fisiológico de maior vulnerabilidade ao estresse, que resulta da diminuição de reservas fisiológicas e até mesmo da desregulação dos múltiplos sistemas fisiológicos. Esta diminuição é oriunda da dificuldade em manter a homeostase em face das perturbações, sejam elas extremos de temperatura ambiental, exacerbações de uma doença crônica, doença aguda ou uma lesão (FRIED *et al.*, 2004, p.256).

Fried e Walston (2000) operacionalizaram um fenótipo para definir fragilidade em idosos da comunidade e apresentaram uma validade de predição para ela. Com ênfase na perspectiva biológica da síndrome, o fenótipo é composto por cinco componentes físicos passíveis de mensuração: 1. Diminuição da força de preensão manual, medida com dinamômetro na mão dominante e ajustada para gênero e índice de massa corporal (IMC); 2. Diminuição da velocidade da marcha, indicada pela capacidade de percorrer a distância de 4m em determinado tempo e ajustada para gênero e altura. 3. Fadiga/exaustão, avaliada pelo autorrelato de fadiga, indicado por duas questões da Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos (CES-D); 4. Perda de peso não intencional de 4,5 kg ou 5% do peso corporal do último ano; 5. Baixo nível de atividade física, medido pelo dispêndio semanal de energia em kcal (com base no autorrelato das atividades e exercícios físicos realizados) e ajustado segundo o gênero (Figura 1).

Segundo os autores *op. cit.*, o idoso que apresentar três ou mais desses componentes é considerado frágil; aquele que apresentar uma ou duas dessas condições está em um estado anterior a fragilidade (pré-fragilidade) e aquele que não possui nenhuma dessas características é considerado idoso não frágil.

A operacionalização e validação do fenótipo foi realizado por Fried *et al.* (2001), utilizando dados do *Cardiovascular Health Study*. Essa investigação avaliou 5.317 idosos com idade de 65 anos ou mais. A prevalência de fragilidade encontrada foi de 6,9% e apresentou associação significativa com as seguintes variáveis: gênero feminino, baixa escolaridade, baixa condição socioeconômica, etnia afro-americana, baixa condição de saúde, doenças crônicas e incapacidade. Observaram também que num período de três anos, a condição de fragilidade foi fator preditor

para susceptibilidade às quedas, dependência nas Atividades de Vida Diária (AVD) e hospitalização e no período de cinco anos foi fator preditor para mortalidade.

A síndrome da fragilidade requer atenção para a sua identificação precoce, bem como a prevenção. O cuidado geriátrico/gerontológico faz parte do processo de cuidar dos profissionais de saúde, sendo este voltado para a pessoa idosa e suas necessidades, para o contexto que esse indivíduo está inserido e sua história de vida (ALVAREZ, 2001).

Com o aumento progressivo da expectativa de vida dos idosos também cresce o número de comorbidades, incapacidades e fragilidade que afetam essa população. Relativo a síndrome da fragilidade, os profissionais de saúde, principalmente da atenção básica, possuem papel importante na prevenção. Para tanto, é essencial o devido conhecimento sobre a síndrome e os fatores associados à condição de fragilidade.

A avaliação gerontológica incompleta ou incorreta pode evoluir para o retorno do idoso ao hospital ou para a hospitalização precoce desse indivíduo, bem como para o maior uso dos serviços de saúde (GONÇALVES; TOURINHO, 2012). As técnicas utilizadas para avaliação e identificação do idoso frágil podem ser aplicadas em todos os níveis de atenção à saúde, principalmente na atenção primária, por qualquer profissional da área da saúde.

Para que a avaliação geriátrica/gerontológica seja realizada corretamente, existe a necessidade dos profissionais de saúde conhecerem como ela é executada. Entretanto, além da temática “síndrome da fragilidade” ser tema recente, muitos profissionais que estão atualmente inseridos na prática não tiveram na sua graduação (ou tiveram de forma escassa) disciplinas que abordassem a saúde do idoso.

Apesar de existem políticas públicas nacionais (BRASIL, 1994; BRASIL, 2003; BRASIL, 2006) que determinam a inclusão de aspectos relacionados ao envelhecimento em todos os níveis de educação, Pereira; Feliz e Schwanke (2010) referem que há deficiência dos sistemas de ensino em capacitar os acadêmicos para o adequado atendimento aos idosos.

Segundo Lourenço *et al.* (2005, p.312)

a maioria das instituições brasileiras de ensino da área da saúde ainda não despertou para o atual processo de transição demográfica e epidemiológica e suas consequências médico-sociais, não oferecendo conteúdo

gerontológico adequado em seus cursos de graduação. Com isso, amplia-se a carência de recursos técnicos e humanos para enfrentar a explosão desse grupo populacional nas próximas décadas.

Estudo realizado por Pereira; Feliz e Schwanke (2010), com o objetivo de descrever a distribuição do ensino de geriatria nos cursos de medicina das instituições de ensino superior brasileiras, observaram que das 167 instituições pesquisadas, somente 42% abordam geriatria ou disciplinas relacionadas ao envelhecimento em suas grades curriculares. Os autores concluem que a abordagem dessa área na graduação é um progresso importante desde o início da década, porém parcela significativa das instituições de ensino ainda não está comprometida com as deliberações das políticas nacionais que determinam a inclusão de temas relacionados ao envelhecimento na graduação médica.

Dessa maneira, considerando que nem todas as instituições de ensino possuem em sua grade curricular disciplinas referentes a saúde do idoso e ao processo de envelhecimento, Marziale (2003) cita a capacitação dos profissionais de saúde como fator imprescindível para o atendimento adequado a população mais velha. Além disso, segundo o artigo 18 do Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003) “as instituições de saúde devem atender aos critérios mínimos para o atendimento às necessidades do idoso, promovendo o treinamento e a capacitação dos profissionais, assim como orientação a cuidadores, familiares e grupos de auto-ajuda”.

Para a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (BRASIL, 2009), educação permanente é

o conceito pedagógico, no setor da saúde, para efetuar relações orgânicas entre ensino e as ações e serviços, e entre docência e atenção à saúde, sendo ampliado, na Reforma Sanitária Brasileira, para as relações entre formação e gestão setorial, desenvolvimento institucional e controle social em saúde [...].A capacitação é uma das estratégias mais usadas para enfrentar os problemas de desenvolvimento dos serviços de saúde. Grande parte do esforço para alcançar a aprendizagem ocorre por meio da capacitação, isto é, de ações intencionais e planejadas que têm como missão fortalecer conhecimentos, habilidades, atitudes e práticas que a dinâmica das organizações não oferece por outros meios, pelo menos em escala suficiente.

Neste contexto, a educação permanente é apresentada como aprendizagem no trabalho, em que o aprender e o ensinar são incorporados ao cotidiano das organizações e ao processo de trabalho. Uma política de educação permanente

necessita enfrentar, em sua concepção e desenvolvimento, o desafio de constituir-se em um eixo transformador, em uma estratégia mobilizadora de recursos e poderes e em recurso estruturante do fortalecimento do SUS (BRASIL, 2004a).

A proposta pedagógica que é utilizada na capacitação permanente necessita considerar os trabalhadores como sujeitos de um processo de construção social de saberes e práticas, preparando-os para serem sujeitos dos seus próprios processos de formação ao longo de toda a sua vida. A capacitação precisa incidir sobre o processo de trabalho, sendo realizada de preferência no próprio trabalho, avaliada e monitorada pelos participantes (BRASIL, 2004b).

3. METODOLOGIA

Para desenvolver a sensibilização dos profissionais a respeito do tema, será utilizado o referencial metodológico proposto por Afonso *et al.* (2006) que sugere a realização de oficinas em dinâmicas de grupo. A oficina é definida como “uma prática de intervenção psicossocial, seja em contexto pedagógico, clínico, comunitário ou de política social” (AFONSO *et al.*, 2006, p.67).

A oficina é útil na área da saúde, pois “usa informação e reflexão, mas se distingue de um projeto apenas pedagógico porque trabalha também com os significados afetivos e as vivências relacionadas ao tema discutido” (AFONSO *et al.*, 2006, p.67). Deste modo, acredita-se que o referencial metodológico é aplicável à necessidade de sensibilização dos profissionais de saúde acerca da avaliação do nível de fragilidade dos idosos da comunidade.

O referencial metodológico propõe cinco passos a serem seguidos para a realização das oficinas: 1) a escolha do tema; 2) análise da demanda; 3) pré - análise com escolha do “foco” e dos “temas-geradores”; 4) enquadre; e 5) planejamento flexível.

4. A ORGANIZAÇÃO

4.1 Descrição geral:

O sistema de saúde curitibano é composto por 133 Equipamentos, sendo eles: 52 Unidades Básicas de Saúde (UBS) com o Programa Estratégia de Saúde da Família (ESF), 51 Unidades Básicas de Saúde tradicionais, 11 Unidades Complexas, oito Centros Municipais de Urgências Médicas, nove Centros de Atendimento Psicossocial, um Laboratório Municipal e um Hospital Municipal. Ademais, há 70 hospitais, sendo 24 credenciados SUS, três públicos e três universitários (SECRETARIA MUNICIPAL DE CURITIBA, 2010).

Com essa estrutura, a SMS oferece 287 serviços prestadores do SUS, destes, 133 próprios e 154 privados ou filantrópicos. Para atender à demanda existente, há 6.394 profissionais na Rede Municipal, todos concursados, além dos 1.097 Agentes Comunitários de Saúde (ACS), gerando ao sistema como um todo gastos mensais superiores a 50 milhões de reais (SECRETARIA MUNICIPAL DE CURITIBA, 2010).

Contando com o suporte descrito, o SUS é utilizado por 70% dos cidadãos curitibanos, em sua maioria de baixa renda ou idosos, sendo o seguro de saúde privado a alternativa mais procurada pelo restante da população (SECRETARIA MUNICIPAL DE CURITIBA, 2010).

Uma importante ferramenta de gestão do Sistema Municipal de Saúde curitibano é a territorialização, acompanhada pela descentralização. A cidade é dividida em nove Distritos Sanitários (DS), que abrigam diversos bairros.

O presente projeto técnico optou pela realização da educação continuada no Distrito Sanitário Boa Vista por este possuir a segunda maior concentração de idosos cadastrados, o que corresponde a 11,3% do total de idosos usuários dos serviços públicos de saúde de Curitiba, e por se destacar no que se refere a sua população longeva, com 12,9% dos idosos na faixa etária de 80 anos ou mais (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CURITIBA, 2010).

Dessa maneira, o citado Distrito Sanitário possui 13 UBS, três ESF e um Centro Municipal de Urgências Médicas. Cada UBS conta, aproximadamente, com o seguinte número de profissionais da saúde: uma autoridade sanitária local, três enfermeiros, cinco clínicos gerais, quatro pediatras, dois ginecologistas, 19 auxiliares

de enfermagem, seis dentistas, nove técnicos de higiene dental, dois educadores físicos e um psicólogo, nutricionista, farmacêutico e fisioterapeuta.

Inicialmente, optou-se pela realização da capacitação em apenas uma Unidade de Saúde do distrito, a do Bairro Alto, para que haja avaliação e, se caso for bem avaliada, poderá ser estendida para as demais unidades de saúde e outros distritos sanitários. O Grupo Multiprofissional de Pesquisa sobre Idosos (GMPI) da Universidade Federal do Paraná, do qual sou membro, realiza algumas pesquisas com os idosos da citada unidade de saúde, dessa maneira a escolha por essa UBS se deu por já conhecer a autoridade sanitária do local.

4.2 - Diagnóstico da situação-problema

Como observado na revisão de literatura, a formação de muitos profissionais da área da saúde, principalmente daqueles formados há mais tempo, não propiciou o acesso desses indivíduos a conteúdos referentes à saúde do idoso. Tendo em vista o rápido crescimento populacional desse segmento etário, o surgimento de novas síndromes e a necessidade de cuidados específicos, se torna necessária a realização de educação permanente aos profissionais da saúde, principalmente aqueles da atenção básica, visando a sensibilização para os cuidados apropriados aos idosos, principalmente com relação a síndrome da fragilidade.

5. PROPOSTA

5.1 Desenvolvimento da proposta e plano de implantação

O referencial metodológico utilizado propõe cinco passos a serem seguidos para a realização das oficinas: 1) a escolha do tema; 2) análise da demanda; 3) pré - análise com escolha do “foco” e dos “temas-geradores”; 4) enquadre; e 5) planejamento flexível. Cada um dos passos será exposto na sequência.

5.1.1 Passo 1: a escolha do tema

De acordo com Afonso *et al.* (2006) o tema deve ser algo bastante amplo, nesse sentido, elegeu-se o tema: “Oficina para profissionais da saúde sobre os idosos da comunidade”, diante da necessidade de oferecer atenção diferenciada aos idosos.

5.1.2 Passo 2: análise da demanda

Essa etapa consiste na interpretação da necessidade dentro de uma situação, e a resposta à mesma com uma proposta de ação. De acordo com Afonso *et al.* (2006) as necessidades trabalhadas nas oficinas são ao mesmo tempo coletivas e individuais. Coletivas, pois se estabelece como uma resposta a um problema de saúde coletiva; e individual, porque serão enfocadas as necessidades dos participantes como pessoas únicas em sua subjetividade.

Identificou-se a necessidade de avaliar o nível de fragilidade dos idosos, tendo em vista que a síndrome pode ser um preditor de incapacidade nesses indivíduos e que a sua prevenção ou detecção precoce pode diminuir a vulnerabilidade as condições adversas a saúde, incluindo quedas, incapacidade, necessidade de cuidado por período prolongado e mortalidade.

5.1.3 Passo 3: pré – análise com escolha do foco e dos temas-geradores

De acordo com Afonso *et al.* (2006) o tema geral da oficina é o foco, em torno do qual o trabalho será desenvolvido, e sua definição se faz importante para uma condução equilibrada da oficina. Nesse sentido, o foco estabelecido será “O nível de fragilidade dos idosos da comunidade”.

Com alicerce no referencial metodológico e, diante da necessidade de abranger a temática, elegeram-se os seguintes temas-geradores: “O ser idoso na comunidade”; “Síndrome da fragilidade em idosos”; “Como avaliar o nível de fragilidade dos idosos?”; e “Prevenção e intervenções específicas na condição de fragilidade dos idosos”.

Ressalta-se a possibilidade de surgirem outros “temas-geradores” a partir da realização das oficinas.

5.1.4 Passo 4: enquadre

Nessa etapa define-se uma estrutura básica, sobre a qual as oficinas serão realizadas, ou seja, todos os detalhes que contribuem para a organização do trabalho (AFONSO *et al.* 2006). Desta forma, pretende-se desenvolver uma prática educativa de sensibilização dos profissionais de saúde da atenção primária acerca da síndrome da fragilidade nos idosos. O local a ser realizado consiste nas Unidades Básicas de Saúde do município de Curitiba-PR. Serão convidados os profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, farmacêuticos, odontólogos, fisioterapeutas, técnicos e auxiliares de enfermagem e demais profissionais) que atuam nesse cenário, visando à multidisciplinaridade necessária para o atendimento aos idosos.

A realização das oficinas ocorrerá no espaço saúde da UBS, no período matutino ou vespertino, dependendo da disponibilidade dos profissionais de saúde e com vistas a maior participação possível dos profissionais.

5.1.5 Passo 5: planejamento flexível

Serão realizados quatro encontros, com duração de trinta minutos cada (QUADRO 1), o que totaliza duas horas de prática educativa. As oficinas terão uma coordenadora, a qual é enfermeira e mestranda em enfermagem voltada a saúde do idoso, com o intuito de facilitar a condução dos encontros.

O planejamento de cada encontro resulta do desdobramento do foco ou tema geral, e está relacionado à discussão dos temas-geradores. Pretende-se trabalhar os “temas-geradores” anteriormente citados dentro do número pré-estabelecido de encontros. No entanto, se o grupo necessitar de mais encontros para a discussão dos mesmos, aponta-se a necessidade de um planejamento flexível no sentido de incluir encontros posteriores.

1º ENCONTRO	2º ENCONTRO
<p><u>Objetivo:</u> Promover interação do grupo e estimular a reflexão sobre o idoso na comunidade</p> <ul style="list-style-type: none"> • Apresentação da coordenadora • Apresentação do objetivo das oficinas • Justificativa das oficinas • Apresentação dos participantes <ul style="list-style-type: none"> ➢ Técnica "Eu no grupo" • Discussão sobre o idoso na comunidade 	<p><u>Objetivo:</u> Discutir sobre a síndrome da fragilidade em idosos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Discutir sobre a síndrome da fragilidade em idosos • Dinâmica <ul style="list-style-type: none"> ➢ Técnica "Árvore da saúde"
3º ENCONTRO	4º ENCONTRO
<p><u>Objetivo:</u> Discutir sobre a avaliação do nível de fragilidade em idosos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Discutir sobre a avaliação do nível de fragilidade em idosos • Dinâmica <ul style="list-style-type: none"> ➢ Técnica "Foto-imagem" 	<p><u>Objetivo:</u> Discutir sobre a prevenção e as intervenções específicas na condição de fragilidade em idosos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Discutir sobre as intervenções específicas na condição de fragilidade em idosos • Dinâmica <ul style="list-style-type: none"> ➢ Técnica "Dificuldades diárias do idoso" • Encerramento, avaliação e lanche <ul style="list-style-type: none"> ➢ Técnica "bom x ruim"

QUADRO 1 – OFICINAS PROPOSTAS PARA CADA ENCONTRO. CURITIBA, 2013
FONTE: A autora (2013)

5.2 – Descrição das técnicas utilizadas nas dinâmicas

Serão utilizadas quatro diferentes técnicas durante os encontros, com vistas a descontração do grupo. São elas: “eu no grupo”, “árvore da saúde”, foto-imagem”, “dificuldade diária do idoso”. Para a avaliação da capacitação, será utilizada a técnica “bom x ruim”.

Na técnica “eu no grupo” os participantes deverão desenhar-se em seu ambiente de trabalho e comentar acerca das atividades que desempenham relacionadas ao idoso. Após, será realizada uma discussão com o objetivo de descobrir qual a relação dos profissionais com os idosos usuários da UBS.

Na técnica “foto imagem” os profissionais deverão recortar e colar imagens de revistas em folhas sulfites, as quais devem remeter à realidade do idoso na comunidade, de acordo com as suas perspectivas. Propositamente as revistas não vão conter muitas imagens de idosos, a qual despertará a criatividade dos participantes para representar o idoso na comunidade por meio de analogias.

A técnica “árvore da saúde” tem o propósito de identificar as prioridades na atenção ao idoso com vistas à avaliação da síndrome da fragilidade. A coordenadora da oficina apresentará, em cartolina, o desenho de uma árvore, na qual se destacam a raiz, o tronco e as folhas. Deverá ser feita uma analogia das necessidades de saúde dos idosos, com as funções que cada parte desempenha para que a árvore permaneça de pé e saudável.

A técnica “dificuldades diárias do idoso” terá o propósito de apresentar as dificuldades diárias dos idosos em condição de fragilidade. No Espaço Saúde, serão espalhados tapetes, as participantes calçarão chinelos de tecido, semelhantes aos utilizados por idosos e que são, muitas vezes, motivo de queda nessa população específica. Ainda, seus olhos serão vendados com uma sacola plástica transparente, a fim de reduzir a acuidade visual; com pedaços de algodão, terão sua audição diminuída; além de barbantes amarrados ao corpo, de forma a limitar seus movimentos; e a redução do tato, através da utilização de três pares de luvas de procedimento. O objetivo da dinâmica será proporcionar aos participantes uma vivência das dificuldades enfrentadas pelos idosos em condição de fragilidade nas atividades de rotina. Serão utilizados os principais fatores associados a fragilidade para auxílio na construir do cenário.

A técnica “bom x ruim” será utilizada no último encontro como momento de avaliação das oficinas. Em uma cartolina dividida ao meio, será solicitado aos participantes que comentem quais os aspectos positivos e quais os negativos de todas as oficinas realizadas. A avaliação terá extrema importância para o seguimento das capacitações em outros lugares, bem como adaptação conforme sugestão dos participantes.

5.3 – Avaliação

A avaliação é um recurso pedagógico útil e necessário para auxiliar a busca na construção de si mesmo e do seu melhor modo de ser na vida (OLIVEIRA, 2008). Para Oliveira (2008), a avaliação é um auxílio, um processo, um sistema de controle da qualidade, pelo qual pode ser determinada a efetividade ou não do processo ensino-aprendizagem.

Portanto, ao fim de todas as oficinas, será realizada uma dinâmica (“bom x ruim”) para fixação do conteúdo e avaliação da capacitação.

5.4 – Cronograma

Atividades propostas	Set/ 2013	Out/ 2013	Nov/ 2013	Dez/ 2013	Jan/ 2013	Fev/ 2013	Mar/ 2013
Elaboração do pré-projeto	x						
Permissão autoridade sanitária		x					
Realização das oficinas		x	x				
Avaliação das oficinas			x				
Apresentação do relatório					x	x	
Planejamento para novas oficinas (caso avaliação positiva)			x	x	x	x	x

QUADRO 2 – Cronograma das atividades. Curitiba, 2013

FONTE: A autora (2013)

5.5 – Recursos

Para a realização das oficinas será necessário uma sala ampla com recurso de multimídia ou quadro branco. Na unidade de saúde existe o “espaço saúde”, local onde são realizados grupos com usuários da UBS ou reuniões com a equipe, e que poderá ser utilizado. Caso não exista aparelho multimídia, poderá ser usado quadro branco. Caso nenhuma dessas opções esteja disponível pode-se, ainda, utilizar um flip-chart.

Relativo aos recursos humanos será necessário uma pessoa para realizar as oficinas. Esta será enfermeira, mestranda em enfermagem com ênfase na saúde do idoso, a qual escreve o presente projeto técnico. Será necessário o aval da autoridade sanitária da UBS para a realização das oficinas, bem como o aceite dos profissionais da saúde.

Haverá contato com a Secretaria Municipal de Saúde, para aviso das capacitações, bem como solicitação de parceria. Além disso, caso a capacitação seja bem avaliada pelos profissionais, será solicitado parceria também com órgãos de fomento que financiam eventos (CNPq, Fundação Araucária), quanto com instituições que queiram auxiliar. Tal parceria é necessária caso o evento seja estendido para outras unidades de saúde, bem como outros distritos sanitários.

Será solicitada a Universidade Federal do Paraná (UFPR) a confecção de certificados as pessoas participantes e ao Grupo Multiprofissional de Pesquisas sobre Idosos (GMPI) recursos humanos para auxílio na capacitação.

Para a realização das oficinas, será necessário o uso de gravuras de revistas antigas, canetas coloridas, cola, durex, cartolina, bexigas e papel sulfite. Esse material pode ser adquirido através de órgãos financiadores ou patrocinadores. A confecção de pastas, crachás, compra de canetas e do lanche ao final das oficinas será realizado com o recurso proveniente das parcerias.

5.4 - Resultados esperados

A meta da sensibilização é alcançar o maior número de profissionais da saúde possível. Pretende-se que eles entendam o processo de fragilidade no idoso, que se utilizem de ações que possam prevenir o quadro, identifiquem aqueles que estão em risco, bem como aqueles que já estão em um quadro avançado. Além disso, busca-se como meta o incentivo a esses profissionais para que busquem conhecimentos sobre a saúde do idoso no seu cotidiano.

A saúde primária é um campo rico para a realização de pesquisas. Será incentivada a realização de pesquisas pelos profissionais da assistência. Dessa maneira, visa-se unir a pesquisa e a prática.

Ao final de cada oficina será realizado um *feedback* para a retomada de conceitos e ao final da capacitação será realizado um *feedback* para a revisão de todo o conhecimento apreendido, avaliação do curso e espaço para sugestões/críticas.

5.5 - Riscos ou problemas esperados e medidas preventivo-corretivas

Poderá haver dificuldade com o horário dos encontros. Entretanto, haverá possibilidade de reposição da aula caso um grande número de profissionais necessite. Os horários serão flexíveis e vai depender de cada grupo.

Será feita a reserva do espaço saúde para os encontros. Caso este não esteja disponível, ou se a UBS não possuir um espaço como esse, será necessário estudar os locais da UBS, junto com a autoridade sanitária do local, e encontrar uma

alternativa. Muitas vezes existem consultórios não utilizados no dia, e essa pode ser uma opção.

Muitos profissionais podem faltar às reuniões por falta de interesse. Dessa maneira, cabe a pessoa que vai realizar os encontros motivar os profissionais para que haja o desejo de continuar nos encontros.

Caso não seja possível obter recurso financeiro através das instituições propostas, ou então necessidade de mais recurso humano para coordenar os encontros, há a possibilidade de entrar em contato com grupos ou sociedades que são especificamente da área da saúde do idoso, como o Grupo Multiprofissional de Pesquisa sobre Idosos (GMPI/UFPR) ou ainda a Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG-PR).

6. CONCLUSÃO

As atividades de educação permanente devem ocorrer com frequência nas instituições de saúde e atentar para este item é uma das funções do gestor em saúde. O aperfeiçoamento traz benefícios tanto para este que recebe o conhecimento e é capaz de transformar sua prática, quanto para aquele que é assistido e tem suas necessidades supridas.

O gestor em saúde necessita criar oportunidades e espaço para que a educação permanente ocorra, bem como motivar a equipe para a participação desta. É necessário que ele observe a necessidade dos temas a serem abordados, mas é importante também que permita a sugestão de temas pelos profissionais da área.

Com o envelhecimento populacional, a prevenção de dependências, incapacidades e fragilidade se torna item fundamental no plano assistencial do idoso, visto que a maioria desses indivíduos possuem condições de desenvolver um envelhecimento ativo e participativo na sociedade. Saber identificar os fatores de risco para fragilidade auxilia na manutenção da autonomia e independência dos idosos. A intervenção correta nos casos de fragilidade pode contribuir para a melhora da qualidade de vida desses indivíduos.

O presente projeto técnico visou a sensibilização dos profissionais da saúde inseridos em uma unidade de saúde específica do distrito sanitário Boa Vista, como teste. A proposta é a extensão do projeto para os demais unidades de saúde e distritos, conforme obtenha-se o *feedback* do curso. Além disso, novos cursos de capacitação podem ser sugeridos pelos profissionais para que haja uma continuação do aprendizado na área. Várias são as temáticas que podem ser abordadas.

7. REFERÊNCIAS

AFONSO, M.L.M. (org); *et al.* **Oficinas em dinâmica de grupo na área da saúde.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006.

ALVAREZ, M. A. **Tendo que cuidar: a vivência do idoso e de sua família cuidadora no processo de cuidar e ser cuidado em contexto domiciliar.** Florianópolis: PEN/UFSC; 2001.

BRASIL. Lei 10.741, de 1º de outubro de 2003. **Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências.** 2003. Disponível em: <www.senado.gov.br>. Acesso em: 24 de setembro de 2013.

BRASIL. Lei 8.842, de 4 de janeiro de 1994. **Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso.** Cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. 1994. Disponível em: <www.senado.gov.br>. Acesso em: 24 de setembro de 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM 2.528, de 19 de outubro de 2006. **Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa.** 2006. Disponível em: <www.saude.gov.br>. Acessado em: 24 de setembro de 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 198/GM/MS. **Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências.** Brasília; 2004b. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portariagm198polos.pdf>. Acesso em: 24 de setembro de 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Políticas de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde – Pólos de Educação Permanente em Saúde.** Brasília: 2004a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica2_vpdf.pdf. Acesso em: 24 de setembro de 2013.

CAMARANO, A. A. Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica. In: FREITAS, E. V; *et al.* **Tratado de Geriatria e Gerontologia.** 2ª edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

FRIED, L. *et al.* Frailty in older adults: Evidence for a phenotype. **The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences**, Oxford, v.56A, n.3; p.M146- 156, 2001.

FRIED, L. *et al.* Untangling the concepts of disability, frailty and comorbidity: implications for improved targeting and care. **The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences**, Oxford, v.59, n.3, p.255-63, 2004.

FRIED, L. WALSTON, J. **Approach to the Frailty Elderly Patient**. In: LIPPINCOT, W. Kelley's textbook of International Medicine. 4th ed. England: Amazon, chapter 464, 2000.

GONÇALVES, L. H. T; TOURINHO, F. S. V. **Enfermagem no cuidado ao idoso hospitalizado**. Barueri, SP: Manole, 2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo demográfico e contagem da população**. Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: <http://www.sidra.ibge.gov.br/bda/tabela/protabl.asp?c=200&z=cd&o=13&i=P>. Acesso em: 24 de setembro de 2013.

LENARDT, M. H. *et al.* O cuidado gerontogeriátrico em Unidade de Tratamento Hemodialítico. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v.14, n.1, p.37-43, 2009.

LOURENÇO, R. A. *et al.* Assistência ambulatorial geriátrica. **Revista de Saúde Pública**, v. 39, n.2, p.311-8, 2005.

MARZIALI, M. H. P. A política nacional de atenção ao idoso e a capacitação dos profissionais de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.11, n.6, p.701-2, 2003.

OLIVEIRA, G. P. Avaliação formativa nos cursos superiores: verificações qualitativas no processo de ensino-aprendizagem e a autonomia dos educandos. **Revista Iberoamericana de Educación**, v.3, n.2, p.1-6, 2008.

PASCHOAL, S. M. P. Autonomia e independência. In: PAPALÉO NETTO, M; *et al.* **Gerontologia: A velhice e o envelhecimento em visão globalizada**. São Paulo: Editora Atheneu, 2002a.

PASCHOAL, S. M. P; SALLES, R. F. N; FRANCO, R. P. Epidemiologia do envelhecimento. In: CARVALHO FILHO, E. T; PAPALÉO NETTO, M. **Geriatría: fundamentos, clínica e terapêutica**. 2ª edição. São Paulo: Editora Atheneu, 2006.

PEREIRA, A. M. V. B; FELIZ, M. C; SCHWANKE, C. H. A. Ensino de geriatria das faculdades de medicina brasileiras. **Geriatría & Gerontologia**, v.4, n.4, p.179-85, 2010.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CURITIBA. Centro de Epidemiologia. Coordenação de Diagnóstico em Saúde. **Perfil de Saúde do Idoso de Curitiba**. Curitiba, 2010.

SILVA, B. T. *et al.* Educação permanente: instrumento de trabalho do enfermeiro na instituição de longa permanência. **Ciência, Cuidado & Saúde**, v.7, n.2, p.256-261, 2008.