

UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO

Francielle Toniolo Nicodemos Furtado de Mendonça

**GRUPOS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE COM IDOSOS:
EDUCAÇÃO PERMANENTE COM PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA**

UBERABA/MG

2015

Francielle Toniolo Nicodemos Furtado de Mendonça

**GRUPOS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE COM IDOSOS:
EDUCAÇÃO PERMANENTE COM PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA**

Dissertação apresentada ao programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Atenção à Saúde da Universidade Federal do Triângulo Mineiro como requisito parcial para obtenção do título de mestre.

Linha de pesquisa: atenção à saúde das populações.

Eixo temático: Saúde do adulto e idoso.

Orientador: Prof. Dr. Álvaro da Silva Santos.

UBERABA/MG

2015

**Catálogo na fonte: Biblioteca da Universidade Federal do
Triângulo Mineiro**

M495g

Mendonça, Francielle Toniolo Nicodemos Furtado de
Grupos de educação em saúde com idosos: educação permanente com
profissionais da atenção primária / Francielle Toniolo Nicodemos Furtado de
Mendonça. -- 2015.

135 f. : il., fig., graf., tab.

Dissertação (Mestrado em Atenção à Saúde) -- Universidade Federal
do Triângulo Mineiro, Uberaba, MG, 2015

Orientador: Prof. Dr. Álvaro da Silva Santos

1. Saúde do idoso. 2. Educação em saúde. 3. Capacitação profissional.
4. Educação continuada. I. Santos, Álvaro da Silva. II. Universidade Federal
do Triângulo Mineiro. III. Título.

CDU 613.98

FRANCIELLE TONIOLO NICODEMOS FURTADO DE MENDONÇA

**Grupos de educação em saúde com idosos: Educação permanente com profissionais da
atenção primária**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Atenção à Saúde da Universidade Federal do Triângulo Mineiro como requisito parcial para obtenção do título de mestre.

Uberaba, 27 de novembro de 2015.

Banca Examinadora

Prof^o Dr^o Álvaro da Silva Santos – Orientador
Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Prof^a Dr^a Leiner Resende Rodrigues
Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Prof^a Dr^a Vânia Del'Arco Paschoal
Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto

Dedico esse trabalho à minha mãe Denise, ao meu irmão Tiago e aos meus avós Maria e João, pelo amor e carinho com que sempre cuidaram de mim, e pelo incentivo e apoio aos estudos.

Dedico também ao meu marido Marcelo, companheiro nesta jornada, que constantemente me incentiva a estudar mais e mais, e está sempre ao meu lado, oferecendo seu carinho, apoio e paciência em todos os momentos, principalmente naqueles em que eu mais precisei.

AGRADECIMENTOS

À Deus por sempre me proteger e manter minha saúde física e mental, possibilitando a concretização dessa jornada.

À minha família, minha mãe Denise, meu irmão Tiago, minha avó Maria do Carmo, meu avô João e meu pai Ricardo que sempre me deram muito amor, incentivaram e apoiaram em tudo o que fiz. Se hoje estou tendo a oportunidade de concluir um mestrado, devo isso a vocês.

Ao meu marido Marcelo pelo constante apoio, carinho e incentivo na realização deste trabalho e em tudo o que envolve a minha formação profissional e acadêmica.

Ao professor Dr^o Álvaro pelas orientações, ensinamentos e paciência durante todo o período do mestrado.

Às professoras Dr^a Leiner e Dr^a Vânia pelo acolhimento e contribuições para esse trabalho.

À professora Dr^a Marta pelas contribuições na qualificação.

A todos os amigos da turma de mestrado por compartilharem das dores e alegrias da pós-graduação, especialmente à Janaína, por sua alegria e companheirismo, tornando as disciplinas do mestrado mais leves e divertidas.

Aos colegas Michele e Rodrigo pelos ensinamentos e contribuições durante esse percurso.

À doutoranda e colega Fernanda por ter me acolhido em um dos momentos mais angustiantes da construção desta pesquisa.

À minha amiga Ana Luisa pelo companheirismo no mestrado e na vida. Desejo a você essa mesma alegria em breve.

Ao enfermeiro Dr. Delvane pela contribuição na análise estatística deste trabalho.

A todos os graduandos que em algum momento contribuíram na realização desta pesquisa e na minha formação, especialmente Mariana, Letícia, Danielle, Vitória, Sara e Bruna. Sempre lembrarei com muito carinho de todas vocês.

A todos os profissionais de saúde da atenção primária e da secretaria municipal de saúde de Uberaba por terem autorizado e participado desta pesquisa. Sem vocês esse trabalho não seria possível.

A todos os professores e colaboradores da Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Atenção à Saúde da Universidade Federal do Triângulo Mineiro por viabilizarem a realização deste trabalho.

A todos que de algum modo contribuíram para a concretização deste trabalho, meus sinceros agradecimentos.

“A educação tem sentido porque mulheres e homens aprenderam que é aprendendo que se fazem e se refazem, porque mulheres e homens se puderam assumir como seres capazes de saber, de saber o que sabem, de saber o que não sabem. De saber melhor o que já sabem, de saber o que ainda não sabem. A educação tem sentido porque, para serem, mulheres e homens precisam estar sendo. Se mulheres e homens simplesmente fossem não haveria porque falar em educação” (FREIRE, 2000, p20).

RESUMO

MENDONÇA, Francielle Toniolo Nicodemos Furtado de. **Grupos de educação em saúde com idosos: educação permanente com profissionais da atenção primária**. 2015. 135 f. Dissertação (Mestrado em Atenção à Saúde) – Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba (MG), 2015.

Grupos de educação em saúde com idosos podem contribuir para a valorização da vida, autocuidado e crescimento pessoal, possibilitando um envelhecimento ativo com maior qualidade de vida. Entretanto, a realização desses grupos ainda não se caracteriza como uma ação frequente na Atenção Primária à Saúde (APS). O objetivo desta pesquisa foi desenvolver e avaliar a implementação de uma ação de educação permanente sobre grupos de educação em saúde com idosos. Trata-se de um estudo com abordagem quali-quantitativa, que utilizou como estratégia metodológica a pesquisa-ação. O estudo foi realizado na APS de Uberaba com profissionais de saúde e gerentes das unidades básicas. Foram realizadas as seguintes etapas: diagnóstico situacional e identificação de temas de interesse para uma atividade educativa no contexto de criação e manejo de grupos de educação em saúde com idosos; discussão com representantes sobre uma proposta de ação de educação permanente; implementação e avaliação da atividade. Os dados foram coletados por meio de questionários semi-estruturados em três etapas: no diagnóstico inicial, que ocorreu no período de agosto a dezembro de 2013; ao final da atividade educativa, entre maio e agosto de 2014; e 120 dias após, entre outubro de 2014 e janeiro de 2015. Os dados quantitativos foram submetidos à análise estatística, e o material qualitativo transcrito na íntegra e exposto ao método de análise do Discurso do Sujeito Coletivo. O estudo obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro e da Secretaria Municipal de Saúde de Uberaba. Os resultados do diagnóstico situacional mostraram que 96,4% dos profissionais investigados consideraram importante a participação do idoso em grupos de educação em saúde, contudo apenas 36,4% apontaram a existência dessas ações em suas unidades. Verificou-se que na ocorrência dos grupos educativos com idosos em geral eles são semanais, conduzidos pelo enfermeiro e abordam temas definidos a partir das necessidades observadas pelos profissionais. A respeito dos conhecimentos acerca do tema educação em saúde com idosos, 55,1% dos participantes afirmaram que a sua graduação não ofereceu formação suficiente para esta prática, e 64% apontaram que esse assunto não é discutido em práticas de educação permanente, quando estas ocorrem. Os profissionais consideraram necessários para

condução dos grupos conhecimentos relativos a dinâmicas, doenças e agravos, planejamento das ações e didática. A partir das necessidades apontadas pelos profissionais, bem como discussões com atores representativos foi realizada uma ação educativa. A atividade atendeu aos pressupostos da Educação Permanente em Saúde e, os temas abordados incluíram aspectos organizacionais das ações de educação em saúde, técnicas ludopedagógicas para operacionalização dos grupos, assuntos de interesse para os idosos e principais agravos de saúde na terceira idade. Contou com a participação de 98 profissionais, sendo que destes 86 responderam ao questionário de avaliação. Houve predominância de participantes do sexo feminino, faixa etária entre 31 a 50 anos, maioria de enfermeiros, seguido de agentes comunitários de saúde e cirurgiões-dentistas. Na avaliação da aplicabilidade da ação educativa, os discursos refletiram o reconhecimento dos profissionais de que os grupos de educação em saúde podem interferir na vida do idoso, tanto por se configurar como um instrumento para o empoderamento e incremento da qualidade de vida, quanto por ser um espaço de socialização. Consideraram importante para a criação desses grupos as condições técnico-estruturais e os temas, e, apontaram a educação permanente como facilitadora para criação de grupos, bem como promotora de reflexão da prática, com possibilidades de aplicação dos conhecimentos. Quanto à percepção dos profissionais em relação aos efeitos da ação de educação permanente no trabalho, após 120 dias foi observado impacto positivo do treinamento e do suporte à transferência. Quanto à opinião dos participantes, evidenciou-se que a maioria referiu que a atividade promoveu mudança em sua prática. Os profissionais relataram uma releitura dos grupos existentes com diversificação nos recursos utilizados, e reconheceram o manejo dos grupos com mais conhecimento, segurança e respeito ao idoso após a atividade educativa. Por outro lado, dificuldades para a implementação das ações também foram apontadas. Considera-se que os resultados da pesquisa foram positivos, tanto no que se refere à participação dos profissionais em todo o processo da pesquisa, como nos efeitos que a ação educativa obteve, demonstrando que a educação permanente junto a esses atores abre caminhos para a construção de uma atenção diferenciada aos idosos.

Palavras-chave: Educação em Saúde. Saúde do Idoso. Capacitação profissional. Educação continuada.

ABSTRACT

Mendonca, Francielle Toniolo Nicodemus Furtado. **Health education groups with elderly: permanent education with primary care professionals**. 2015. 135 f. Dissertation (Master in Health Care) - Federal University of Minas Triangle, Uberaba (MG), 2015.

Health education groups with elderly people can contribute to the enhancement of life, self care and personal growth, making active ageing with higher quality of life. However, the realization of these groups has not yet been characterized as a frequent action in Primary Health (APS). The objective of this research was to develop and evaluate the implementation of a permanent education course on health education groups with elderly people. This is a study with quali-quantitative approach, which used as methodological strategy action research. The study was conducted on APS of Uberaba, MG, Brazil, and participated in health professionals and managers of the basic units. The following steps were performed: situational diagnosis and identifying themes of interest to permanent education in the context of creation and management of health education groups with elderly people; discussion with representatives on the proposal of educational action; implementation and evaluation of the course. The data were collected through semi-structured questionnaires in three stages: the initial diagnosis, which occurred in the period from August to December 2013; at the end of the permanent education, between May and August of 2014; and 120 days after, between October of 2014 and January 2015. Quantitative data were submitted to statistics analysis, and qualitative material transcribed in full and in the method of analysis of the collective subject discourse. The study obtained approval of the Research Ethics Committee of the Federal University of Triângulo Mineiro and the Municipal Health Secretariat. The results of the Situational diagnosis showed that 96.4% of workers investigated considered important the participation of the elderly in health education groups, however only 36,4% identified the existence of these actions in their units. It was found that the occurrence of educational groups with elderly people in general they are weekly, led by nurse and discuss themes defined from the needs observed by professionals. About the knowledge of health education theme with elderly, 55.1% of participants stated that graduation didn't offer sufficient training for this practice, and 64% pointed out that this subject is not discussed in permanent education practices, when these occur. The professionals consider necessary for conduct of knowledge relating to dynamic groups, diseases and diseases, action planning and teaching. From the needs pointed out by the professionals, as well as discussions with representative actors was

held education action. The course meet the assumptions of permanent education in health and the topics covered included organizational aspects of health education, ludopedagógic techniques for operationalization of groups, issues of interest to the elderly and the main aggravations of health in old age. With the participation of professionals, with 98 of these 86 replied to the assessment questionnaire. There was a predominance of female participants, age group between 31 to 50 years, most nurses, followed by community health agents and dentists. In assessing the applicability of the course, the speeches reflected the recognition of professionals of the health education groups may interfere in the life of the elderly, both because it is set up as a tool for empowerment and increased quality of life, as for being an area of socialization. Considered important for the creation of these groups technical and structural conditions and themes, and pointed to training as a facilitator for creating groups, as well as, a reflection of the practice, with possibilities of application of knowledge. As for the perception of professionals in relation to the effects educative action on the job, after 120 days of course was observed positive impact and support the transfer of training. As to the opinion of the participants, showed that the majority reported that the course promoted change in your practice. Professionals reported a rereading of existing groups with diversification in the resources used, and recognized the management groups with more knowledge, safety and respect for the elderly after the training. On the other hand, difficulties in the implementation of actions were also pointed out. Considers that the results of the survey were positive, both as regards the participation of professionals throughout the research process, as the effects that the qualification obtained, demonstrating that the permanent education with these actors opens paths for the construction of a differentiated attention for the elderly.

Key-words: Health Education. Health of the Elderly. Professional Training. Education, Continuing.

RESUMEN

Mendonça, Francielle Toniolo Nicodemo Furtado. **Grupos de educación en salud con personas mayores: educación permanente con profesionales de atención primaria.** 2015. 135 f. Disertación (Maestría en Atención a la Salud) - Universidad Federal de Triangulo Mineiro, Uberaba (MG), 2015.

Grupos de educación en salud con personas mayores pueden contribuir a la mejora de la vida, el autocuidado y el crecimiento personal, lo que permite un envejecimiento activo con mayor calidad de vida. Sin embargo, la realización de estos grupos aún no se caracteriza por ser una acción frecuente en la Atención Primaria de Salud (APS). El objetivo de esta investigación fue desarrollar y evaluar la implementación de un curso de educación permanente a cerca de educación en salud para ancianos. Se trata de un estudio de abordaje cualitativo y cuantitativo, que utiliza como estrategia metodológica la investigación-acción. El estudio se realizó en la APS Uberaba, Minas Gerais, Brasil, con profesionales de salud y los gestores de las unidades básicas. Se tomaron las siguientes etapas: diagnóstico de la situación y la identificación de temas de interés para La acción educativa en el contexto de la creación y gestión de grupos de educación en salud con personas mayores; discusión con representantes en una propuesta de entrenamiento; implementación y evaluación del curso. Los datos fueron recogidos a través de cuestionarios semi-estructurados en tres etapas: el diagnóstico inicial, que tuvo lugar entre agosto y diciembre de 2013; Al final de las actividades, entre mayo y agosto de 2014; y 120 días después de la formación, entre octubre de 2014 y enero de 2015. Los datos cuantitativos fueron sometidos al análisis estadístico y material cualitativo fue plenamente transcritas y, se expuso al método de análisis del discurso del sujeto colectivo. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Universidad Federal del Triângulo Mineiro y al Departamento Municipal de Salud de Uberaba. Los resultados del análisis de la situación mostraron que el 96,4% de los proveedores encuestados considera positiva la participación de las personas mayores en los grupos de educación en salud, sin embargo, sólo el 36,4% apuntó la existencia de tales acciones en sus unidades. La incidencia de los grupos educativos con las personas mayores en general son semanales, llevada a cabo por enfermeras y que abordan cuestiones identificadas a partir de las necesidades observadas por los profesionales. En cuanto al conocimiento del tema educación en salud con las personas mayores, el 55,1% de los encuestados afirmó que su grado no ha ofrecido una formación suficiente para esta práctica, y el 64% dijo que este tema no se discute en las acciones de educación permanente,

cuando de la ocurrencia de estas. Los profesionales consideran necesarios para la realización de los grupos el conocimiento sobre las dinámicas, las enfermedades y las lesiones, la planificación de la acción y de enseñanza. Sobre la base de las necesidades identificadas por los profesionales, así como las conversaciones con las partes interesadas representativas se llevó a cabo una actividad de educación permanente. El curso cumplió con los supuestos de la Educación Permanente en Salud y, los temas discutidos incluyeron aspectos de organización de las actividades de educación para la salud, técnicas ludopedagógicas para el funcionamiento de los grupos, los temas de interés para las personas mayores y los principales problemas de salud en la vejez. Se contó con la participación de 98 profesionales, y de éstos, 86 respondieron al cuestionario de evaluación. Hubo un predominio de participantes mujeres, con edades comprendidas entre 31-50 años de edad, la mayoría enfermeras, seguidos por agentes comunitarios de salud y los dentistas. Al evaluar la aplicabilidad del curso, los discursos reflejan el reconocimiento de los profesionales de los grupos de educación en salud puede interferir con su rutina diaria, tanto configurarse como un instrumento para el empoderamiento y la mejora de la calidad de vida, cómo ser un espacio de socialización. Ellos consideran importantes para la creación de estos grupos las condiciones y problemas técnicos y estructurales, y señaló el curso como un facilitador para la creación de grupos y promotor de la reflexión práctica, con el conocimiento de las posibilidades de aplicación. En cuanto a la percepción de los profesionales sobre los efectos de la formación en el trabajo, después de 120 días del curso se observó impacto positivo y el apoyo a la transferencia del entrenamiento. En la opinión de los participantes, se hizo evidente que la mayoría informó que el curso promovió cambio en su práctica y la reinterpretación de los grupos existentes con la diversificación de los recursos utilizados, y reconocieron la gestión de los grupos con más conocimiento, así como, la seguridad y el respeto a los ancianos después del entrenamiento. Algunas dificultades fueron apuntadas en la implementación de acciones educativas con ancianos. Se considera que los resultados de la fueron positivos, tanto en lo referente a la participación de profesionales en todo el proceso de investigación, ya que se verificó efectos positivos con la formación obtenida, lo que demuestra que la educación permanente abre camino para la construcción de una atención diferenciada a los ancianos.

Palabras clave: Educación em Salud. Salud del Anciano. Capacitación Profesional. Educación Continua.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Abrangência dos serviços de saúde de Uberaba por distritos sanitários	45
Figura 2 - Fases da pesquisa e número de participantes. Uberaba, 2014	48
Figura 3 - Síntese das IC encontradas nos discursos dos participantes referentes à percepção da aplicabilidade da ação de EPS imediatamente após o final da atividade educativa. Uberaba, 2014.	71
Figura 4 - Compartilhamento das ideias centrais referentes à percepção da aplicabilidade da ação de EPS imediatamente após o final da atividade educativa. Uberaba, 2014	72
Figura 5 - Síntese das IC encontradas nos discursos dos participantes referentes aos efeitos da ação de EPS no trabalho, após 120 dias da atividade educativa. Uberaba, 2014	81
Figura 6 - Compartilhamento das ideias centrais referentes aos efeitos da ação de EPS no trabalho, após 120 dias da atividade educativa. Uberaba, 2014	82

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Comparação entre os modelos tradicional e dialógico de educação em saúde	24
Quadro 2 - Discurso do Sujeito Coletivo em relação a influência do grupo de educação em saúde na vida dos idosos. Uberaba, 2014	73
Quadro 3 - Discurso do Sujeito Coletivo quanto aos itens necessários para a criação de grupos de educação em saúde com idosos. Uberaba, 2014	73
Quadro 4 - Discursos do Sujeito Coletivo relativos a EPS como facilitadora para o manejo de grupos de idosos e outros ciclos de vida. Uberaba, 2014	74
Quadro 5 - Discurso do Sujeito Coletivo relativo as possíveis aplicações da EPS à realidade dos participantes e sugestões de melhoria para a ação desenvolvida. Uberaba, 2014	75
Quadro 6 - Discursos do Sujeito Coletivo referentes aos efeitos da ação de EPS no trabalho, após 120 dias da atividade educativa. Uberaba, 2014	83

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição de profissionais da APS quanto a características socioeconômicas. Uberaba, 2013	60
Tabela 2 - Distribuição de profissionais da APS quanto à sua formação e experiência na APS e existência de grupos de Educação em Saúde para Idosos. Uberaba, 2013	61
Tabela 3 - Profissionais e gestores da APS quanto às características de grupos de Educação em Saúde. Uberaba, 2013	62
Tabela 4 - Formação e participação dos Gerentes em Ações de Educação em Saúde e Conhecimento dos profissionais acerca do tema educação em saúde. Uberaba, 2013.	63
Tabela 5 - Ações de EPS sobre educação em saúde com idosos. Uberaba, 2013	63
Tabela 6 - Distribuição de profissionais participantes da ação educativa quanto as características demográficas e profissionais. Uberaba, 2014	66
Tabela 7 - Envolvimento dos participantes em grupos de educação em saúde. Uberaba, 2014	67
Tabela 8 - Distribuição das ideias centrais referentes à percepção da aplicabilidade da ação de EPS imediatamente após o final da atividade educativa por categoria profissional. Uberaba, 2014	72
Tabela 9 - Medidas-resumo do impacto e suporte referente a ação de EPS, após 120 dias da atividade educativa. Uberaba, 2014	76
Tabela 10 - Distribuição das respostas obtidas na escala “Impacto do Treinamento no Trabalho”, após 120 dias da atividade educativa. Uberaba, 2014	77
Tabela 11 - Distribuição das respostas obtidas na seção “Suporte Psicossocial - Fatores Situacionais de Apoio”, após 120 dias da atividade educativa. Uberaba, 2014	78
Tabela 12 - Distribuição das respostas obtidas na seção “Suporte Psicossocial - Consequências Associadas ao Uso das Novas Habilidades”, após 120 dias da atividade educativa. Uberaba, 2014	79
Tabela 13 - Distribuição das respostas obtidas na seção “Suporte Material”, após 120 dias da atividade educativa. Uberaba, 2014	80
Tabela 14 - Correlação entre as escalas de impacto do treinamento no trabalho e suporte a transferência. Uberaba, 2014	81
Tabela 15 - Distribuição das ideias centrais referentes aos efeitos da ação de EPS no trabalho, após 120 dias da atividade educativa, por categoria profissional. Uberaba, 2014	82

LISTA DE SIGLAS

ACD - Auxiliar de Consultório Dentário
ACS – Agente Comunitário de Saúde
AES – Ações de Educação em Saúde
APS – Atenção Primária à Saúde
ASB - Auxiliar de Saúde Bucal
CEP – Comitê de Ética em Pesquisa
DATASUS – Departamento de Informática do SUS
EPS – Educação Permanente em Saúde
ESF – Estratégia Saúde da Família
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IMPACT - Modelo Integrado de Avaliação do Impacto do Treinamento no Trabalho
MAIS - Modelo de Avaliação Integrado e Somativo
MS – Ministério da Saúde
NASF – Núcleo de Apoio à Estratégia Saúde da Família
OMS – Organização Mundial da Saúde
OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde
PNAD - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNEPS – Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PNSPI – Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
SESP – Serviço Especial de Saúde Pública
SMS - Secretaria Municipal de Saúde
SUS – Sistema Único de Saúde
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFTM – Universidade Federal do Triângulo Mineiro

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	18
1.1 EDUCAÇÃO EM SAÚDE: ASPECTOS CONCEITUAIS	19
1.2 EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE	24
1.3 EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA	26
1.3.1 O trabalho com grupos	28
1.4 GRUPOS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE COM IDOSOS.....	29
1.5 EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE.....	31
1.6 AVALIAÇÃO DE AÇÕES EDUCATIVAS PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE.....	34
2 JUSTIFICATIVA	39
3 PRESSUPOSTO	41
4 OBJETIVOS	42
4.1 OBJETIVO GERAL.....	42
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	42
5 METODOLOGIA	43
5.1 TIPO DE PESQUISA.....	43
5.2 CENÁRIO DO ESTUDO.....	45
5.3 ETAPAS DO DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA	46
5.4 PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	47
5.4.1 Critérios de inclusão e exclusão – Primeira etapa	47
5.4.2 Critérios de inclusão e exclusão – Segunda e Terceira etapas	47
5.5 PROCEDIMENTOS DE COLETA E ANÁLISE DOS DADOS	48
5.5.1 Primeira etapa: Diagnóstico da situação	48
5.5.1.1 Análise dos dados	50
5.5.2 Segunda etapa: Planejamento e implementação da atividade de educação permanente	50
5.5.3 Terceira etapa: Avaliação da ação implementada	53
5.5.3.1 Análise quantitativa dos dados	55
5.5.3.2 Análise qualitativa dos dados	56
5.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	59
6 RESULTADOS	60
6.1 PRIMEIRA ETAPA: DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO.....	60
6.2 SEGUNDA ETAPA: PLANEJAMENTO E IMPLEMENTAÇÃO DA AÇÃO	64

6.3 TERCEIRA ETAPA: AVALIAÇÃO DA AÇÃO IMPLEMENTADA.....	70
7 DISCUSSÃO	86
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	103
REFERÊNCIAS	107
APÊNDICE A – TCLE 1ª etapa.....	119
APÊNDICE B – Questionário para profissionais de saúde 1ª etapa	120
APÊNDICE C – Questionário para gerentes 1ª etapa	122
APÊNDICE D – TCLE 3ª etapa (1º momento).....	124
APÊNDICE E – Questionário 3ª etapa (1º momento).....	125
APÊNDICE F – TCLE 3ª etapa (2º momento)	127
APÊNDICE G – Questionário 3ª etapa (2º momento)	128
ANEXO A - Parecer do Comitê de Ética.....	134
ANEXO B - Autorização da SMS/Uberaba	135

1 INTRODUÇÃO

O interesse em pesquisar o envelhecimento ganhou maior importância recentemente. Isso decorreu, sobretudo, com o aumento acelerado da população com 60 anos ou mais em relação à população geral. De acordo com o Fundo das Nações Unidas para a População, o número de pessoas idosas no mundo no ano de 2011 era de 893 milhões, número que na metade do século em curso subirá para 2,4 bilhões (FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A POPULAÇÃO, 2011).

No Brasil, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2013), há estimativa de que o grupo de pessoas idosas duplicará entre os anos de 2000 e 2020, passando de 14,2 para 29,3 milhões, e em 2060 atingirá a cifra de 73,5 milhões, número este superior ao do grupo etário constituído de crianças e adolescentes com até 19 anos, estimado também para o ano de 2060 em 38,9 milhões. Nesse mesmo ano os idosos representarão 33,7% de toda a população (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2013).

Este alto contingente de idosos também é encontrado no estado de Minas Gerais. Estima-se que existam hoje aproximadamente dois milhões e meio de idosos, cerca de 12,6% de toda a população do estado (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2013).

Com o aumento desta população, as doenças mais comumente encontradas no envelhecimento passaram a ganhar maior expressão no conjunto da sociedade, apresentando uma maior procura pelos serviços de saúde diante destas situações (VERAS, 2009). Portanto, a transição demográfica observada nas últimas décadas no país vem acompanhada de novas necessidades perante os profissionais de saúde.

No Brasil, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) determina que os serviços de saúde devam atender às necessidades desta população promovendo a formação e educação permanente dos profissionais de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), além de, para as pessoas idosas, a promoção do envelhecimento ativo e saudável por meio da facilitação da participação em grupos de terceira idade, atividades que compreendem ações de integração e fortalecimento de vínculo entre os participantes, bem como oportunidade para realização de ações de educação em saúde (BRASIL, 2006).

A educação em saúde, segundo Smeke e Oliveira (2001), deve ser compreendida como um processo complexo que, unindo um conjunto de saberes e práticas diversas, busca

proporcionar às pessoas o mais alto nível de saúde. A educação em saúde promove o empoderamento e a autonomia das pessoas em relação à sua própria vida e saúde.

Devido à peculiaridade da Atenção Primária à Saúde (APS), compreendida em sua dimensão mais abrangente, pode-se afirmar que ela representa um espaço privilegiado para as ações de promoção da saúde (MASCARENHAS; MELO; FAGUNDES, 2012). Incluem-se neste aspecto as ações em grupos educativos que podem favorecer uma velhice saudável por meio da promoção da autonomia e independência ao idoso.

Entretanto, não obstante a sua importância, Fernandes e Siqueira (2010) afirmam que muitas das ações de educação em saúde para idosos ainda são restritas e calcadas em juízos dicotômicos, como aqueles que caracterizam os idosos como capazes ou incapazes, lúcidos ou demenciados, e que tal modo de pensar e de conceituar o envelhecimento impede uma ação real que integre a diversidade e as múltiplas potencialidades das pessoas idosas, além de contribuir para a subjetivação destas pessoas, estruturada na incapacidade e na fragilidade.

Franco, Libâneo e Pimenta (2007) afirmam que um dos aspectos essenciais para a eficácia do processo de ensino-aprendizagem na educação de pessoas de todas as idades é a formação do profissional que vai coordená-lo. A atuação deste profissional reflete diretamente na operacionalização e efetividade do grupo, determinando o impacto que este terá na vida das pessoas participantes.

Para realizar uma ação educativa o profissional deve reconhecer a cultura das pessoas envolvidas, buscando apreender sua visão do mundo e contexto social e familiar, o que traz argumentos para exercer uma educação em saúde focada na realidade, que compreende o mundo vivido pelo indivíduo, e não pelo profissional, e somente assim poderá ser uma prática efetiva (SALCI et al., 2013).

1.1 EDUCAÇÃO EM SAÚDE: ASPECTOS CONCEITUAIS

Educação em saúde é uma temática complexa em sua aplicabilidade devido às diversas dimensões que a compreendem: política, filosófica, social, religiosa, cultural, além de envolver aspectos práticos e teóricos do indivíduo, grupo, comunidade e sociedade, e todas as facetas do processo saúde-doença (SALCI et al., 2013).

Atualmente o termo “educação em saúde” é entendido como um processo educativo de construção de conhecimentos em saúde que visa à apropriação da temática pela população,

tornando-se um conjunto de práticas que contribui para aumentar a autonomia das pessoas no seu cuidado (PINAFO et. al, 2011).

Entretanto nem sempre foi assim. A educação em saúde, que é utilizada desde as primeiras décadas do século XX, tem uma prática que perpassa por vários campos de atuação e que, ao longo da história passaram por modificações, assim como a nomenclatura que é utilizada (FALKENBERG et al., 2014).

Inicialmente chamada “educação sanitária”, a prática desenvolveu-se no Brasil a partir da década de 1940, época em que as ações de educação em saúde se davam principalmente por meio das campanhas sanitárias, sobretudo com o trabalho do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), que apresentava estratégias de educação em saúde autoritárias, tecnicistas e biologicistas, nas quais a população era vista e tratada como passiva e incapaz de iniciativas próprias (VASCONCELOS, 2001).

A educação sanitária baseava-se na concepção de que o indivíduo tinha que aprender a cuidar de sua saúde, entendida apenas como ausência de doenças. A educação era vista como um repasse de conhecimentos de saúde privilegiando a especialidade e o “professor”. No Brasil ainda encontra-se a utilização do termo educação sanitária que mantém a conotação de práticas educativas verticalizadas (PELICIONI; PELICIONI, 2007; FALKENBERG, 2014).

A mudança de nomenclatura de “educação sanitária” para “educação em saúde” diz respeito a mudanças nos paradigmas vigentes na prática educativa à época. A “educação em saúde”, por sua vez, baseia-se na concepção de que o indivíduo aprende a cuidar de sua saúde, (que é resultante de múltiplos fatores intervenientes no processo saúde-doença), a partir do referencial coletivo de conhecimento de sua realidade. Para isso a educação deve ser crítica, problematizadora da realidade, um processo compartilhado, reflexivo, construído a partir de ações conjuntas como planejamento participativo, trabalho em grupo e pesquisas (PELICIONI; PELICIONI, 2007).

Com a evolução histórica das ações no campo da educação em saúde, na década de 1970 surgiu o modelo de educação popular em saúde e posteriormente, o modelo dialógico, uma forma inovadora de educação em saúde com vistas à possibilidade de troca de conhecimentos e educação horizontalizada (MACIEL, 2009).

Contemporaneamente são utilizadas diversas maneiras de se caracterizar os “modelos” de práticas educativas, dependendo do modo de se estabelecer a relação entre saberes e os objetivos das ações.

Bordenave (1983) discute o modelo pedagógico que serve de base às propostas educativas, identificando-os como pedagogia da transmissão, pedagogia do condicionamento e pedagogia da problematização.

A pedagogia da transmissão baseia-se na premissa de que as ideias e os conhecimentos são os pontos mais importantes da educação sendo a experiência fundamental do aprendizado receber as informações entregues por outro. Ainda que normalmente se faça por exposição oral do professor, tecnologias mais elaboradas de educação podem ser meros meios sofisticados de transmissão, evidenciando a falta de uma postura reflexiva e crítica diante do que é transmitido (BORDENAVE, 1983).

A pedagogia do condicionamento trata o processo educativo em função dos resultados comportamentais que devem ser alcançados pelos alunos, ou seja, as manifestações empíricas e operacionais da troca de conhecimentos, atitudes, destrezas. Associa-se ao behaviorismo, através de um jogo em que entram estímulos e recompensas destinados a reforçar os comportamentos desejados. O aprendizado se faz pela busca de estímulos positivos e pelo medo ao fracasso no desempenho, em função de objetivos preestabelecidos e não pela construção de alternativas e desenvolvimento pessoal (BORDENAVE, 1983).

A pedagogia da problematização concentra-se no desenvolvimento da capacidade do aluno – participante e agente da transformação social – para detectar os problemas reais e buscar para eles soluções originais e criativas. Parte do estímulo a formular perguntas frente à realidade, desenvolvendo a capacidade de observá-la, detectar recursos disponíveis, identificar obstáculos ao uso desses recursos, localizar tecnologias que permitam o uso desses recursos, organizar e mobilizar processos de trabalho e ação coletiva para alcançar os objetivos citados (BORDENAVE, 1983).

Stotz (1993) lança mão da tipologia proposta por Tones em 1987 para classificar os modelos de educação em saúde segundo quatro enfoques: preventivista, desenvolvimento pessoal, escolha informada e radical.

O enfoque preventivista caracteriza-se pelo foco nos comportamentos individuais, vistos como fatores relacionados à ocorrência de doenças. Adota o “modelo médico” no desenho de suas intervenções, pautando-se por uma leitura centrada nos determinantes biológicos de onde orienta os comportamentos individuais corretos. A base de comunicação está na transmissão do conhecimento, e a fundamentação das ações na epidemiologia e no conceito de risco (STOTZ, 1993).

O enfoque de escolha informada concentra-se na garantia do lugar do indivíduo nas práticas de saúde, o respeito a sua privacidade e dignidade, e na informação sobre os riscos

para a saúde, visando a uma compreensão genuína da situação por parte do usuário. Neste enfoque busca-se compartilhar e conhecer as crenças e valores dos usuários dos serviços a respeito de certa informação sobre saúde, bem como discutir suas implicações. Pressupõe a autonomia do usuário, mas, é controlada a partir de opções constituídas segundo o referencial biomédico (STOTZ, 1993).

O modelo de desenvolvimento pessoal guarda características comuns em relação ao anterior, mas dá ênfase ao desenvolvimento das capacidades pessoais como forma de facilitar a escolha informada, assumindo que o aprendizado de habilidades como comunicação, conhecimento sobre o corpo, capacidade de gerir o próprio tempo e organizar o seu autocuidado são formas de se alcançar maiores níveis de controle sobre a própria vida (STOTZ, 1993).

Segundo o autor os três enfoques apresentados baseiam-se na assunção da responsabilidade individual sobre a ação e no aperfeiçoamento do homem através da educação. Alternativamente a estes, coloca o enfoque radical que parte da consideração de que as condições e a estrutura social são as causas básicas dos problemas de saúde. A ação educativa vai se orientar para a facilitação da luta política pela transformação das condições de vida e inclui as demandas por ações do Estado, sejam legislativas, normativas ou outras, voltadas para a mudança das situações causadoras de doenças (STOTZ, 1993).

Alves (2005) caracteriza as práticas de educação em saúde segundo dois grandes modelos, referidos como modelo tradicional e modelo dialógico. Segundo o autor estes se encontram em pólos extremos, sendo possível reconhecer modelos intermediários.

No modelo tradicional de educação em saúde incluem-se como estratégias as práticas de informações verticalizadas que ditam comportamentos a serem adotados para a manutenção da saúde, dessa forma a relação estabelecida entre profissionais e usuários é essencialmente assimétrica, uma vez que um detém um saber técnico-científico, enquanto o outro precisa ser devidamente informado (ALVES, 2005).

A principal crítica que Alves (2005) faz a este modelo de educação é referente a não consideração dos determinantes psicossociais e culturais dos comportamentos de saúde, já que o modelo considera os usuários apenas como objeto das práticas educativas, seres carentes de saber, desconsiderando dessa forma que os hábitos e comportamentos são orientados por crenças e valores, representações de outras formas de saber.

Segundo o autor, a proposição de práticas educativas sensíveis às necessidades dos usuários insere-se no discurso emergente de educação em saúde – o modelo dialógico. O modelo recebe esse nome justamente por ser o diálogo seu instrumento essencial. O usuário é

reconhecido como sujeito portador de um saber, saber esse que embora diverso do técnico-científico, não é deslegitimado pelos serviços (ALVES, 2005).

O objetivo da educação dialógica não é o de simplesmente informar para saúde, mas sim de transformar os saberes existentes, buscando a emancipação dos sujeitos em relação à sua saúde, a ampliação dos espaços de interação cultural e a negociação entre os diversos atores envolvidos para a construção compartilhada do saber (ALVES, 2005).

Reafirmando Alves, atualmente diversos autores têm adotado e destacado os modelos tradicional e dialógico para caracterizar as interfaces de relação educativa na saúde (MASCARENHAS; MELO; FAGUNDES, 2012; SILVA et al., 2010; FIGUEIREDO; RODRIGUES-NETO; LEITE, 2010).

Segundo Mascarenhas, Melo e Fagundes (2012) a educação em saúde tradicional, também chamada de preventiva, é historicamente hegemônica, tem como foco a doença e a intervenção curativa, e como embasamento teórico-prático o referencial biologicista do processo saúde-doença-cuidado. O modelo percebe os usuários como pessoas carentes de informação e centraliza o poder nos profissionais de saúde, que são detentores de todo o conhecimento necessário para se ter uma vida saudável (SILVA et al., 2010). Envolve sobretudo, a aprendizagem sobre doenças, como evitá-las, seus efeitos sobre a saúde e como restabelecê-la (MASCARENHAS; MELO; FAGUNDES, 2012).

A educação em saúde sob esta perspectiva busca promover uma tomada de decisão por parte da população que é apenas informada sobre os riscos de certos comportamentos e inteiramente responsável pela sua condição de saúde. Dessa forma assume-se que adotar ou não um estilo de vida saudável trata-se somente de uma escolha individual, e não diz respeito ao âmbito social (SILVA et al., 2010).

Além disso, nessa perspectiva o indivíduo na opção por orientar suas práticas de saúde fundamentadas pelo saber científico, dele fica dependente ao tomar esse conhecimento como única verdade absoluta e definitiva (ALVIM; FERREIRA, 2007).

Alternativamente à educação tradicional, o modelo dialógico da educação em saúde considera as raízes dos problemas e assume como objetivo central a promoção da saúde. Para o alcance desse objetivo pressupõe-se o uso de reflexões e a análise crítica sobre os aspectos da realidade pessoal e coletiva, visando desenvolver planos de transformação da realidade (MASCARENHAS; MELO; FAGUNDES, 2012).

Nesse entendimento, a prática educativa visa desenvolver a responsabilidade dos indivíduos e da coletividade no cuidado com a saúde, não mais pela imposição de um saber técnico-científico restrito ao profissional de saúde, mas pelo desenvolvimento da

compreensão da situação de saúde e das possibilidades de intervir sobre tal situação (MASCARENHAS; MELO; FAGUNDES, 2012).

Abaixo é apresentado o quadro comparativo entre os dois modelos elaborado por Figueiredo, Rodrigues-Neto e Leite (2010).

Quadro 1 – Comparação entre os modelos tradicional e dialógico de educação em saúde.

MODELO TRADICIONAL	MODELO DIALÓGICO
Concepções	Concepções
Educação Bancária; Transmissão de conhecimentos e ampliação de informações; Cabeça bem-cheia; Educandos: depósitos de conteúdos, são objetos do educador; Não há estímulo para criação; Seres passivos; Educação verticalizada; Considera-se a realidade do educador; Pode não haver mudanças de hábitos e comportamentos; Proporciona menor autonomia ao educando.	Educação Problematizadora; Construção de conhecimentos e competências; Cabeça bem-feita; Educandos: portadores de um saber, objeto de uma ação educativa e sujeito da própria educação; Aprende-se por meio de uma prática reflexiva; Seres ativos; Educação baseada no diálogo; Considera-se a realidade do educando; Mudanças duradouras de hábitos e comportamentos; Proporciona maior autonomia ao educando.
Vantagens	Vantagens
Proporciona à população o conhecimento produzido cientificamente; Amplia informações e conhecimentos já existentes; Produz aquisição de conhecimento.	Construção coletiva do conhecimento; Proporciona ao educando visão crítica e reflexiva da realidade; Capacita o educando para tomada de decisões.
Desvantagens	Desvantagens
Formação de um indivíduo passivo, mero receptor de informações; Não aplicação à realidade dos conteúdos ensinados; Relação assimétrica entre educador e educando.	Falta de conhecimento e capacitação de profissionais para aplicação deste modelo.
Aplicação	Aplicação
Projetos e capacitações de abrangência nacional; Grupos com alto número de participantes; Finalidade de sensibilização, sem necessariamente mudança de prática.	Projetos e capacitações de abrangência comunitária; Grupos com menor número de participantes; Atitudes de promoção de saúde; Finalidade de produzir autonomia no indivíduo.

Fonte: Figueiredo, Rodrigues-Neto e Leite (2010).

Observa-se que o modelo tradicional, hegemônico nas práticas de educação em saúde, possui semelhanças com a pedagogia da transmissão identificada por Bordenave (1983) e com a estratégia utilizada pelo modelo preventivista citado por Stotz (1993). Enquanto que o modelo dialógico apresenta características dos enfoques de desenvolvimento pessoal e radical de Stotz (2009) e da pedagogia da problematização de Bordenave (1983).

1.2 EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE

Os pressupostos do modelo dialógico são baseados nos constructos do educador Paulo Freire, que foi o pioneiro no trabalho de sistematização teórica da Educação Popular. Seu livro Pedagogia do oprimido (1966) ainda repercute em todo o mundo (VASCONCELOS, 2004; MASCARENHAS; MELO; FAGUNDES, 2012).

A pedagogia libertadora de Paulo Freire, que propõe a emancipação e a autonomia do sujeito, teve como proposta inicial a alfabetização de jovens e adultos e, gradativamente, foi sendo utilizada e considerada uma importante metodologia para trabalhar a promoção da saúde. A proposta extrapola os limites da educação e passa a ser entendida também, como uma forma de ler o mundo, refletir sobre esta leitura e recontá-la, transformando-a pela ação consciente (FIGUEIREDO; RODRIGUES-NETO; LEITE, 2010).

Um elemento fundamental do seu método é o fato de tomar como ponto de partida do processo pedagógico o saber anterior do educando. No trabalho, na vida social e na luta pela sobrevivência e pela transformação da realidade as pessoas vão adquirindo entendimento sobre a sua inserção na sociedade e na natureza. Esse conhecimento fragmentado e pouco elaborado é a matéria-prima da Educação Popular (VASCONCELOS, 2004).

O diferencial proposto pela Educação Popular de Paulo Freire se traduz em uma prática que inclui não apenas os saberes do sujeito no processo de promoção da saúde, mas estimula, desenvolve e promove a cidadania (FERNANDES; SIQUEIRA, 2010).

A educação popular situa-se dentro das teorias sociais uma vez que acredita que a educação pode contribuir para a transformação social, visto que procura investir no diálogo entre os sujeitos, na educação humanizadora e no trabalho com a totalidade das dimensões do sujeito, bem como procura atuar na perspectiva da construção de uma saúde integral (ALVES; AERTS, 2011).

Dessa forma a Educação Popular em Saúde apresenta-se como uma possibilidade de enfrentamento dos determinantes relacionados às formas injustas e desiguais de produzir vida e saúde.

A educação popular em saúde busca não apenas a construção de uma consciência sanitária capaz de reverter o quadro de saúde da população, mas a intensificação da participação popular radicalizando a perspectiva democratizante das políticas públicas (GOMES; MERHY, 2011; DAVID; BONETTI; SILVA, 2012). Entende a educação não apenas como processo de produção de sujeitos que reproduzem ações tidas como saudáveis, mas sim como um processo que abre caminho para o exercício pleno da cidadania (FERNANDES; SIQUEIRA, 2010).

A educação popular em saúde, baseada numa relação dialógica entre o conhecimento técnico-científico e a sabedoria popular, é caracterizada pela livre participação das classes populares com o direito e poder de pensarem, produzirem e dirigirem o uso de seus saberes a respeito de si próprias e de sua saúde, permitindo novos olhares que possibilitam abordagens mais eficientes em defesa da saúde e da vida da população (SILVA et al., 2010).

A partir do diálogo, soluções vão sendo delineadas. Neste sentido a Educação Popular tem significado não em uma atividade a mais que se realiza nos serviços de saúde, mas numa ação que deve permear todas as outras práticas, contribuindo na superação do biologicismo, autoritarismo, desprezo pelas iniciativas do usuário e seus familiares e da imposição de soluções técnicas restritas para problemas sociais globais que dominam a medicina atual, e o setor saúde. É assim um instrumento de construção da ação de saúde mais integral e mais adequada à vida da população (VASCONCELOS, 2004).

Segundo diversos autores, a educação popular em saúde torna-se cada vez mais necessária à medida que foi sendo produzido um distanciamento cultural entre as instituições de saúde e a população, fazendo com que uns não compreendessem o modo como os outros operam (VASCONCELOS, 2004; ALVES; AERTS, 2011; GOMES; MERHY, 2011).

Entretanto, essa distância cultural pode ser superada a partir do momento em que a equipe decide atuar sobre os problemas de saúde buscando conhecer as lógicas, os conhecimentos e os princípios que regem a subjetividade dos vários atores envolvidos (ALVES; AERTS, 2011).

O exercício da prática de educação popular em saúde pressupõe abertura, disponibilidade para ouvir o outro, horizontalidade na relação interpessoal e na ação educativa em si. Neste espaço de relações, quem educa é dialeticamente educado. Isto porque, não existe um saber verdadeiro, todo saber é relativo, superado ou complementado por outros saberes, assim é quebrada a hierarquia entre um que sabe e outro que não sabe, com o reconhecimento de que ambos sabem coisas diferentes (ALVIM; FERREIRA, 2007; SALCI et al., 2013).

1.3 EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

A APS é reconhecida mundialmente como uma estratégia para organizar sistemas de saúde, pois os países que a adotaram alcançaram bons resultados, com menores custos, maior satisfação dos usuários e equidade, quando comparada à estratégia que coloca o hospital como moderador do sistema (OPAS, 2011).

Starfield (2002, p.28) define APS como:

[...] nível de um sistema de serviço de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, fornece atenção sobre a pessoa (não direcionada para a enfermidade) no decorrer do tempo, fornece atenção para todas as condições, exceto as muito incomuns ou raras, e coordena ou integra a atenção fornecida em algum outro lugar ou por terceiros.

O Ministério da Saúde no Brasil utiliza os termos “atenção primária à saúde” e “atenção básica” como sinônimos, e preconiza que ela deve ser desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, além de ocorrer no local mais próximo da vida das pessoas. A atenção básica deve ser o contato preferencial dos usuários com o sistema de saúde, a principal porta de entrada e centro de comunicação com toda a rede de atenção. Por isso tem como princípios a universalidade, a acessibilidade, o vínculo, a continuidade do cuidado, a integralidade da atenção, a responsabilização, a humanização, a equidade e a participação social (BRASIL, 2012).

No Brasil o fortalecimento da APS vem ocorrendo de forma gradativa por meio do aumento da cobertura das equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), que é considerada um importante modelo para a reorganização do sistema de saúde no país (MENDONÇA, 2009).

A ESF tem como especificidade a existência de equipes de saúde da família, compostas minimamente por médico, enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS), podendo acrescentar a esta composição, cirurgião-dentista, auxiliar e/ou técnico em saúde bucal. Cada equipe deve ser responsável por uma população de 3000 pessoas em média e ter ACS suficiente para cobrir toda a população cadastrada (BRASIL, 2012).

Nesse contexto de trabalho a ESF prioriza ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, centradas na família, inseridas no ambiente físico e social da comunidade, possibilitando uma compreensão ampliada do processo saúde-doença e da necessidade de intervenções que vão além das práticas curativas, buscando uma atenção integral e continuada (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

Portanto, na APS sem direcionar somente na assistência do indivíduo, que pode ou não ser portador de doenças, os profissionais de saúde podem focar-se na promoção, na manutenção e na recuperação da saúde das pessoas.

A educação em saúde é parte destacada das atribuições dos profissionais integrantes das equipes de saúde já que a Política Nacional de Atenção Básica preconiza que devem ser características do processo de trabalho das equipes o desenvolvimento de ações educativas que possam interferir no processo de saúde-doença da população, no desenvolvimento de autonomia individual e coletiva, e na busca da qualidade de vida pelos usuários (FERNANDES; BACKES, 2010; BRASIL, 2012).

Por meio das práticas de educação em saúde as equipes ampliam suas abordagens e se tornam colaboradoras e co-responsáveis na construção da cidadania (FERNANDES; BACKES, 2010).

As práticas educativas na APS são potencializadas por meio dos grupos que no contexto da atenção básica, também são uma atribuição da equipe na ESF. A atenção à saúde por meio dos grupos de educação em saúde configura-se como uma alternativa para as práticas assistenciais, considerando que estes espaços favorecem o aprimoramento de todos os envolvidos, não apenas no aspecto pessoal como também no profissional, por meio da valorização dos diversos saberes e da possibilidade de intervir criativamente no processo de saúde-doença (DIAS; SILVEIRA; WITT, 2009).

1.3.1 O trabalho com grupos

O ser humano como ser gregário que é, só existe, ou subsiste, em função de seus inter-relacionamentos em grupos. Desde o nascimento ele participa de diferentes grupos que contribuem para o seu desenvolvimento na busca de uma identidade individual, grupal e social (ZIMERMAN, 2010).

Na área da saúde, sobretudo na APS, os grupos são instrumentais metodológicos eficazes, capazes de viabilizar, por meio do vínculo entre os participantes, e desses com a estrutura institucional, a compreensão das situações de vida, saúde e doença, sendo incorporados aspectos importantes que fundamentarão certos comportamentos para a promoção da saúde. Esses vínculos positivos e recíprocos presentes nas redes comunitárias, também atuam como fatores de enfrentamento e de proteção, tanto em relação ao suporte social como ao aprendizado emocional, favorecendo a promoção e a manutenção da saúde (MORE; RIBEIRO, 2010; MAFFACCIOLLI; LOPES, 2011).

As atividades de grupo são também momentos de excelência para exercer educação em saúde. Dessa forma se promove outro foco de atenção, o que privilegia a promoção da saúde, considerando os aspectos comunicacionais e relacionais, que dão chances para o indivíduo se manifestar, explicitar suas vontades e intercambiar soluções que consideram apropriadas conforme o seu próprio entendimento dos problemas (MAFFACCIOLLI; LOPES, 2011).

Sobre o conceito de grupo, Zimerman (2010) aponta que um grupo não pode ser caracterizado apenas como um mero agrupamento de pessoas. Para o autor um grupo constitui

uma nova identidade, com leis e mecanismos próprios e específicos, e se manifesta como uma totalidade. Entretanto, apesar de um grupo se configurar com uma entidade genuína, é também indispensável que fique preservada as identidades específicas de cada um dos indivíduos componentes. Além disso, é inerente aos grupos a existência de uma interação afetiva entre seus membros, a qual costuma ser de natureza múltipla e variada.

Os grupos podem ser classificados em dois grandes ramos genéricos: os grupos operativos e os grupos terapêuticos. Os grupos operativos têm como objetivo o desenvolvimento da capacidade de reflexão, visa a um aprendizado conectado a uma mudança psicológica (atitudes), especialmente a de aprender a aprender. Esses grupos podem ser subdivididos em grupos de ensino-aprendizagem, institucionais e/ou comunitários. Já o ramo dos grupos terapêuticos abarca aqueles que se caracterizam como de autoajuda e os psicoterapêuticos propriamente ditos (ZIMERMAN, 2010).

As possibilidades do trabalho com e em grupo são amplas e vão, muitas vezes, além dos objetivos iniciais, pois permitem que os integrantes façam um novo recorte do contexto social e, à medida que superam dificuldades dentro do grupo, levam consigo essa aprendizagem para outros espaços em que convivem, sendo de grande valia para o desenvolvimento da promoção da saúde na APS (MORE; RIBEIRO, 2010).

1.4 GRUPOS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE COM IDOSOS

A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2005) considera como “pessoas mais velhas” aquelas com 60 anos ou mais, idade também adotada nas políticas públicas no Brasil ao se tratar do idoso (BRASIL, 2006). Entretanto, a própria OMS reconhece que tal definição de idade cronológica não é um marcador preciso que acompanha o envelhecimento, tornando-se necessário considerar também aspectos socioeconômicos e culturais ao se pensar no envelhecimento de pessoas e populações (OMS, 2005).

De acordo com Veras, Caldas e Cordeiro (2013) a assistência à saúde aos idosos deve acontecer prioritariamente por meio da atenção primária, visando evitar, ou no mínimo postergar, hospitalizações e institucionalizações, que constituem alternativas mais onerosas de atenção à saúde. Além disso, os autores defendem que quando se retarda a ocorrência de doenças, há colaboração para que se preserve a capacidade funcional do ser humano no futuro, e é justamente esta característica que vai determinar a qualidade de vida dessa pessoa.

Estudo que utilizou dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) para descrever as condições de saúde dos idosos apontou que as doenças que mais frequentemente os acometem são a hipertensão, artrite/reumatismo, doença do coração e diabetes (LIMA-COSTA; BARRETO; GIATTI, 2003).

Observa-se que várias dessas patologias têm em seus próprios fatores de risco a idade e são muitas vezes doenças crônicas degenerativas, que podem gerar perda da autonomia e incapacidades. Por isso a importância de ações em saúde que visem à promoção do autocuidado e a melhoria da qualidade de vida dos idosos.

No Brasil em 2006 foi aprovada a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) cuja finalidade é manter, recuperar e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, tendo como uma de suas diretrizes a promoção do Envelhecimento Ativo e Saudável.

O termo “Envelhecimento Ativo” é definido pela OMS (2005, p.13) como o “processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas”.

A PNSPI reconhece a importância dos grupos de educação em saúde para idosos na promoção deste envelhecimento ativo e recomenda:

[...] facilitar a participação das pessoas idosas em equipamentos sociais, grupos de terceira idade, atividade física, conselhos de saúde locais e conselhos comunitários onde o idoso possa ser ouvido e apresentar suas demandas e prioridades;
[...] promover a participação nos grupos operativos e nos grupos de convivência, com ações de promoção, valorização de experiências positivas e difusão dessas na rede, nortear e captar experiências (BRASIL, 2006, p.8).

Relacionado a essa temática, em estudo realizado na Espanha com objetivo de traçar estratégias, implementar e avaliar um programa de educação em saúde voltado para idosos, identificou-se como principais agravos de saúde o consumo abusivo de medicamentos e automedicação, consumo de álcool e tabagismo, além de sobrepeso. Como resultados da intervenção foram observados melhorias das condições de saúde dos idosos, como redução do uso de medicamentos sem prescrição e consumo de álcool (PINO; RICOY; PORTELA, 2010).

Em estudo realizado no Mato Grosso do Sul são relatados resultados parciais do desenvolvimento de uma experiência de extensão universitária realizada em parceria com a rede de atenção básica. As atividades realizadas buscaram desenvolver um processo grupal de promoção da saúde com pessoas idosas, tendo em vista o envelhecimento ativo e a qualidade de vida dessa população. Foi observado que as atividades em grupo constituíram-se em espaço privilegiado para a constituição de redes de apoio e de processo de ensino-

aprendizagem, possibilitando aos participantes a ampliação do conhecimento de si e do outro por meio de vivências e discussões em grupo (COMBINATO et al., 2010).

Pesquisa realizada pela Universidade de Pernambuco utilizou o teatro como ferramenta de educação em saúde, tendo como enfoque a promoção da saúde de um grupo de idosos. Para os autores a atividade estruturada nos princípios da arte cênica, adaptado às características e peculiaridades do ser idoso contribuiu para ampliação da rede social, da autodeterminação, na melhoria do nível de humor, no preenchimento do tempo ocioso e na descoberta de novas possibilidades de viver/envelhecer (CAMPOS et al., 2012).

Em experiência de educação em saúde realizada por residentes no Rio Grande do Sul com quarenta idosos participantes de um grupo de convivência, foram trabalhados os temas: osteoporose, diabetes mellitus, dislipidemia, planejando o futuro e relações de cuidado. Pela perspectiva dos autores, as oficinas contribuíram de modo inovador para estimular a participação dos idosos, promovendo a interação e o convívio dos mesmos, enquanto assumiam o papel de agentes ativos no processo de aprendizagem e de fazer saúde (SERBIM et al., 2013).

Estudo que buscou identificar fatores terapêuticos presentes em um grupo de promoção da saúde de idosos evidenciou os benefícios dessa modalidade de cuidado especialmente por atender as necessidades dos idosos, mantê-los saudáveis, fortalecer o sentimento de amor pela vida e pertencimento a um grupo social. Identificou como limite para essa prática a forma de coordenação dos grupos, relacionando-se com ausência de planejamento e avaliação sistemática, assim como ao despreparo dos profissionais de saúde que desenvolvem essa atividade (NOGUEIRA, et al., 2013).

Os estudos corroboram as recomendações, e mostram que as atividades de educação em saúde em grupo podem contribuir para a valorização da vida, autocuidado, crescimento pessoal e busca ativa da saúde, possibilitando um envelhecimento ativo com maior qualidade de vida para os idosos.

Evidencia-se assim a necessidade da Educação em Saúde tornar-se uma prática regular na atenção primária principalmente quando direcionada aos idosos, parcela da população que cresce exponencialmente e precisa de uma atenção diferenciada, devido às peculiaridades inerentes ao avançar da idade (ARAÚJO; DIAS; BUSTORFF, 2011).

1.5 EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

Os cenários de atuação dos profissionais de saúde são os mais diversos e com rápido desenvolvimento de novas tecnologias, além de mudanças relacionadas às necessidades de saúde das pessoas. Para estarem sempre aptos a atuarem de maneira a garantir a integralidade do cuidado, a segurança própria e a dos usuários, bem como a resolubilidade do sistema, constantemente são necessários a esses profissionais novos conhecimentos (FALKENBERG et al., 2014).

Assim os trabalhadores da saúde, componentes indispensáveis para o alcance dos objetivos dos serviços e a finalidade dos processos de trabalho, precisam ter acesso a espaços de reflexão sobre a prática, a atualização técnico-científica e ao diálogo com usuários/população e demais trabalhadores que integram os serviços (PEDUZZI et al., 2009).

Para tanto, há duas modalidades de educação no trabalho em saúde: a educação continuada e a educação permanente. A educação continuada envolve as atividades de ensino após a graduação, possui duração definida e utiliza metodologia tradicional, tais como as pós-graduações. A educação permanente por sua vez estrutura-se a partir de dois elementos: as necessidades do processo de trabalho e o processo crítico do trabalho (MOTTA et al., 2002; FALKENBERG et al., 2014).

A proposta da Educação Permanente em Saúde (EPS) teve início na década de 1980, por iniciativa da Organização Pan-Americana da Saúde e da Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS) com a finalidade de reorientar os processos de capacitação de trabalhadores dos serviços de saúde. Para a organização mundial a EPS é uma estratégia para a construção de processos mais eficientes para o "desenvolvimento da saúde" mais participativos e que começam a partir de uma realidade concreta (MERHY; FEUERWERKER; CECCIM, 2006; MICCAS; BATISTA, 2014).

No Brasil a educação permanente foi instituída pela portaria GM/MS n. 198, de 13 de fevereiro de 2004, e posteriormente alterada pela portaria GM/MS n. 1996, de 20 de agosto de 2007, que apresentou novas estratégias e diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), que constitui papel importante na concepção de um SUS democrático, equitativo e eficiente. A PNEPS tem o intuito de transformar as práticas pedagógicas e de saúde, contribuindo para o processo de desenvolvimento individual e coletivo dos profissionais da saúde, propiciando a reflexão coletiva sobre o trabalho no SUS (MERHY; FEUERWERKER; CECCIM, 2006; STROSCHEIN; ZOCHE, 2011).

A concepção de educação permanente estabelecida pela PNEPS é a de que “os processos de educação permanente em saúde têm como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho” (BRASIL, 2009, p. 20). A educação permanente parte do pressuposto da aprendizagem significativa, em que o aprender e o ensinar devem integrar a prática diária dos profissionais da saúde, pois através desta refletem sobre as diversas realidades e os modelos de atenção em saúde em que estão inseridos com o intuito de identificar e solucionar as situações-problema (STROSCHEIN; ZOCHE, 2011).

De acordo com Ceccim (2005) a proposta da EPS pauta-se na concepção pedagógica transformadora e emancipatória de Paulo Freire, e tem sua construção com base nas noções de aprendizagem significativa e de problematização constituindo-se assim, em processos educativos que buscam promover a transformação das práticas de saúde e de educação.

Dessa forma, a EPS é caracterizada como uma atividade educativa de caráter contínuo, cujo eixo norteador é a transformação do processo de trabalho, centro privilegiado de aprendizagem. É uma prática voltada para a ação educativa que se orienta pelo cotidiano dos serviços, parte da reflexão crítica sobre os problemas referentes à assistência, assegura a participação coletiva e interdisciplinar, possibilita a construção de novos conhecimentos e trocas de vivências e, representa o esforço de transformar a rede pública de saúde em um espaço de ensino-aprendizagem no exercício do trabalho (BRASIL, 2009; RODRIGUES; VIEIRA; TORRES, 2010).

Entende-se que para produzir mudanças de práticas de gestão e de atenção é fundamental que os profissionais sejam capazes de problematizar as práticas vigentes e de construir novos pactos de convivência e ações, buscando a aproximação dos serviços de saúde aos conceitos da atenção integral humanizada e de qualidade (CECCIM, 2005).

Uma das estratégias frequentemente usadas na educação no trabalho em saúde são os cursos de capacitação, que consistem em um processo de aprimoramento técnico-profissional fundamental para a atualização de conhecimentos (SILVA; OGATA; MACHADO, 2007).

A capacitação é uma das ferramentas mais utilizadas para enfrentar os problemas de desenvolvimento dos serviços de saúde. Grande parte do esforço para alcançar a aprendizagem no trabalho ocorre por meio de cursos de capacitação, isto é, de ações intencionais e planejadas que têm como missão fortalecer conhecimentos, habilidades, atitudes e práticas (BRASIL, 2009).

Em metassíntese sobre educação permanente em saúde, estudos indicaram os cursos de capacitação como importante prática estabelecida, que proporciona a atualização técnico-

científica, a construção do trabalho em equipe e a comunicação entre os profissionais (MICCAS; BATISTA, 2014).

Entretanto estudos também apontam que muitas dessas capacitações não têm se mostrado eficazes para possibilitar a incorporação de novos conceitos e princípios às práticas estabelecidas, e que isso ocorre devido à maior parte dessas atividades trabalharem principalmente com metodologias de transmissão de conhecimentos, descontextualizadas da realidade e sem considerar a aprendizagem-trabalho, mantendo a lógica do “modelo escolar” (CECCIM, 2005; SILVA; OGATA; MACHADO, 2007; BRASIL, 2009; MICCAS; BATISTA, 2014).

Há a necessidade de se repensar a maneira como estes cursos vêm acontecendo e que muitas vezes se distanciam do contexto de realidade dos serviços de saúde, não provocando mudanças no processo de trabalho e no cuidado das pessoas (SILVA; OGATA; MACHADO, 2007).

É importante então a utilização de metodologias de ensino-aprendizagem participativas e dialógicas que considerem os contextos de trabalho inseridas nas ações de educação permanente em saúde, visando uma formação profissional mais adequada às necessidades da população, na perspectiva da equidade e da integralidade nos serviços (FALKENBERG et al., 2014).

Dessa maneira, além de processos que permitam incorporar tecnologias e referenciais, é preciso implementar espaços de discussão, análise e reflexão da prática no cotidiano do trabalho, incluindo apoiadores matriciais de outras áreas que possam contribuir com os processos de transformação das práticas nos serviços de saúde (CECCIM, 2005).

1.6 AVALIAÇÃO DE AÇÕES EDUCATIVAS PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE

As organizações investem cada vez mais recursos em ações de treinamento, desenvolvimento e educação buscando que os participantes aprendam e transfiram novos conhecimentos, habilidades e atitudes para o ambiente de trabalho (ZARBINI; ABBAD, 2010).

No Brasil, a avaliação de ações e programas educativos de trabalhadores de saúde ainda não se consolidou como uma tradição de pesquisa, e por estar se desenvolvendo na temática, utiliza-se dos referenciais teóricos da administração e psicologia social e do trabalho no desenvolvimento de suas pesquisas, adotando seus termos, conceitos e metodologias

(MIRA et al., 2011; SANTOS, 2012). Dessa forma apresenta-se algumas definições pertinentes ao assunto.

Meneses, Zerbini e Abbad (2010) definem “treinamento” como “uma ação direcionada para uma determinada tarefa ou cargo atual que o indivíduo exerce em seu ambiente de trabalho”. “Educação” como “uma ação voltada para atividades que serão desempenhadas futuramente nesta mesma organização, podendo ser no cargo atual ou futuros”, e ainda conceituam “desenvolvimento” como “uma ação direcionada para o crescimento pessoal atual ou futura dentro da organização.

Sabe-se que, para a área da enfermagem, o termo “treinamento” é mais aproximado aos pressupostos da educação continuada, que é pautada pela concepção de educação como transmissão de conhecimento, tem ênfase no conhecimento técnico-científico fragmentado por categoria profissional e não se constitui necessariamente como espaço de reflexão crítica sobre as práticas, diferentemente da EPS (MONTANHA; PEDUZZI, 2010). Contudo o termo é o mais utilizado nos referenciais da administração e psicologia social e do trabalho, por isso o seu recorrente emprego pelos autores dessas áreas que foram utilizados nessa pesquisa.

Além de executadas, as ações educativas precisam ser avaliadas para que possam ser conhecidos os seus resultados e o alcance ou não dos objetivos propostos. Tão importante como os demais estágios do processo de formação, como o planejamento e a execução, a avaliação permite revelar os erros e acertos que ocorreram na aplicação das ações educativas, garantindo a retroalimentação do sistema e a possibilidade de melhorias para futuras ações (GONÇALVES; MOURÃO, 2011).

Assim, as atividades educativas, como parte integrante da educação para profissionais, devem ser delimitadas pela reflexão e aprendizagem, oportunizadas, em grande medida pela avaliação, posto que promove o entendimento, reorganiza práticas e conscientiza os sujeitos sobre sua realidade e sua capacidade de mudança (TASCA; ENSSLIN; ENSSLIN, 2013).

De acordo com Meneses e Abbad (2003) a etapa de avaliação de treinamento compreende a coleta sistemática de informações descritivas e de julgamentos, a fim de tornar efetiva qualquer decisão relacionada à seleção, adoção, valoração e modificação das várias atividades instrucionais. Entre as razões para se avaliar uma ação de treinamento, os autores destacam a necessidade de torná-lo externamente válido ou potencialmente capaz de provocar modificações em ambientes organizacionais.

No que diz respeito à avaliação de treinamento, segundo o referencial da administração, existem importantes modelos desenvolvidos. O primeiro a ser destacado é o proposto por Kirkpatrick em 1976, que apresenta quatro níveis de avaliação de treinamento:

Reação, Aprendizagem, Comportamento e Resultados. É o modelo mais utilizado e praticado, conforme estudo apresentado por Santos e Mourão (2011). O modelo de Kirkpatrick foi complementado por Hamblin em 1978, que desdobrou o nível “resultados” em dois, propondo, então, cinco níveis de avaliação: Reação, Aprendizagem, Comportamento no Cargo, Mudança Organizacional e Valor Final. Ambos os modelos foram pioneiros, mas analisam apenas variáveis ligadas aos resultados de treinamento, negligenciando a análise de componentes individuais, instrucionais e contextuais (BORGES-ANDRADE, 2006).

Em 1982, Borges-Andrade desenvolveu o Modelo de Avaliação Integrado e Somativo (MAIS) e o rerepresentou em 2006. O MAIS acrescenta ao modelo clássico de Kirkpatrick variáveis do indivíduo, do curso e do ambiente na avaliação de resultados de treinamento. Os componentes do modelo MAIS são: insumos, procedimentos, processos, resultados e ambiente. O modelo é mais amplo que os anteriores e tornou-se referência nacional na temática (BORGES-ANDRADE, 2006; ZERBINI, ABBAD 2010b).

De maneira geral no MAIS o componente insumos refere-se aos fatores físicos e sociais e aos estados comportamentais e cognitivos anteriores à instrução, e que podem afetar os seus resultados; os procedimentos consistem nas operações necessárias para facilitar ou produzir os resultados instrucionais ou a aprendizagem; já os processos referem-se às alterações de aspectos significantes do comportamento do aprendiz, que podem começar com a introdução dos procedimentos, tendendo a aumentar à medida que estes são implementados; os resultados consistem no desempenho final imediato produzido pelo treinamento; e o ambiente, diz respeito ao contexto das ações educativas (BORGES-ANDRADE; ABBAD; MOURÃO, 2012).

O último componente, ambiente, é dividido em quatro subcomponentes: necessidades, que se refere às lacunas importantes entre desempenhos esperados e realizados, bem como a definição de prioridades para diminuí-las; apoio, que constitui as variáveis que ocorrem na vida do indivíduo, como no seu lar, na escola e na própria organização, e que podem influenciar os outros componentes; disseminação, que se refere às informações disponíveis sobre o programa e à sua divulgação; e efeitos em longo prazo, que se refere às consequências ambientais da ação após seu término, incluindo tanto os comportamentos esperados quanto os inesperados (BORGES-ANDRADE; ABBAD; MOURÃO, 2012).

O MAIS serviu de base para Abbad (1999) desenvolver o Modelo Integrado de Avaliação do Impacto do Treinamento no Trabalho (Modelo IMPACT). Este modelo propõe a análise de vários componentes de avaliação e foi importante para a criação e validação de instrumentos. Os componentes do modelo IMPACT incluem: percepção de suporte

organizacional; características do treinamento; características da clientela; reação; aprendizagem; suporte à transferência; e impacto do treinamento no trabalho (ABBAD, 1999; SANTOS; MOURÃO, 2011).

Sintetizando o IMPACT tem-se que, suporte organizacional refere-se a aspectos da gestão como apoio gerencial ao treinamento e valorização profissional; Características de treinamento refere-se ao apoio e aos procedimentos instrucionais, como planejamento das atividades e material didático; Características da clientela refere-se ao perfil dos treinandos, como variáveis motivacionais, cognitivas, demográficas e funcionais; Reações consiste nas atitudes e opiniões do treinando sobre os diversos aspectos da ação educativa, alguns autores denominam esse item como Satisfação (ABBAD et al., 2012; SANTOS, 2012).

O componente aprendizagem diz respeito ao processo psicológico básico de apreensão de conhecimentos, habilidades e atitudes desenvolvidos no treinamento; Suporte à transferência refere-se ao apoio recebido pelo egresso do treinamento para aplicar no trabalho as habilidades adquiridas. Por sua vez, Impacto de Treinamento no Trabalho é definido como os efeitos do treinamento na motivação, desempenho e atitudes do egresso do curso. O impacto pode ser em amplitude, quando é verificado de modo mais abrangente em dimensões gerais do comportamento, ou em profundidade quando é medido em tarefas diretamente relacionadas aos objetivos e conteúdos do programa (ABBAD et al., 2012).

Os resultados da pesquisa desenvolvida por Abbad (1999) mostram a importância da avaliação de suporte organizacional, suporte à transferência e características da clientela na explicação dos resultados do treinamento, que levam a ideia de que os efeitos do treinamento no desempenho e nas atitudes dos participantes dependem fortemente de um ambiente organizacional propício ao uso das novas habilidades.

Em relação à temática avaliação de programas de educação para profissionais de saúde, foi realizada por Otrenti (2011) uma revisão integrativa que analisou o conhecimento produzido sobre o tema e os tipos de instrumentos de avaliação utilizados. A autora selecionou 19 artigos publicados no período de janeiro de 2000 a julho de 2010, destes apenas 2 (10,5%) foram realizados no Brasil. A autora identificou que a maioria dos estudos era de abordagem quantitativa, desenvolvidos em unidades hospitalares, cujas ações educativas foram destinadas a diversos profissionais, sendo em que apenas 35,8% a ação educativa abrangeu mais de uma categoria profissional, e somente 15,8% tinham como público-alvo profissionais atuantes em unidades básicas de saúde. Quanto ao tipo de avaliação, 50% dos estudos utilizaram a avaliação de reação combinada com outra estratégia; 73,6% realizaram avaliação da aprendizagem, 57% focalizaram a avaliação na mudança de comportamento e

10,5% mostraram estratégias para avaliar o impacto da atividade educativa no contexto organizacional.

A utilização de avaliações para além das de satisfação e aprendizagem significa um importante avanço na metodologia de avaliações de ações educativas (Rodriguez et. al., 2010).

Santos, Mira e Sarraf (2009) identificaram em estudo realizado com a equipe de enfermagem de um hospital universitário na cidade de São Paulo que tal avanço também é desejado pelos participantes, que apontaram como sugestão no processo avaliativo que fosse aplicada avaliação de impacto, além das avaliações de reação e aprendizagem.

Contudo no Brasil ainda se faz pouco uso da avaliação de impacto de treinamentos, principalmente no nível dos resultados para a organização. Sem a avaliação de impacto não é possível saber o quanto a ação educativa está sendo efetiva na mudança comportamental e no desempenho de pessoas, equipes e organizações (GONÇALVES; MOURÃO, 2011).

2 JUSTIFICATIVA

Apesar da grande discussão atual e do desenvolvimento de uma reorientação crescente no campo das reflexões teóricas e metodológicas da educação em saúde, o mesmo não vem ocorrendo na prática dos serviços (SILVA et al., 2010).

Mesmo tendo sido questionadas nos últimos anos, as práticas de educação em saúde não se configuram como prioridade nos serviços, e quando acontecem, ainda seguem um modelo autoritário, em que os trabalhadores continuam a fazer prescrições sobre o comportamento mais adequado para ter saúde e a população acata sem questionar ou relacionar esses conteúdos à sua realidade. Assim, é visível ainda hoje que as práticas educativas nos serviços de saúde obedecem a metodologias tradicionais e não se preocupam com a criação de vínculo entre os profissionais e a população (ALVES; AERTS, 2011).

Ainda que o Ministério da Saúde preconize o uso da educação dialógica e participativa na educação em saúde, enfatizando a importância dela da atenção básica, o que se tem observado é que os trabalhadores da saúde têm grande dificuldade em atuar com o conceito ampliado de saúde e acabam não conseguindo contribuir para a diminuição das iniquidades sociais (BRASIL, 2007b; ALVES; AERTS, 2011).

Esse modelo de educação em saúde continua sendo hoje um desafio aos gestores e profissionais na busca por práticas integrais, mais voltadas às reais necessidades das populações e considerando, como suporte para essas práticas, tanto processos de informação e comunicação como de participação popular e social (SILVA et al. 2010; FALKENBERG et al. 2014).

Preconiza-se que o trabalho com grupos de educação em saúde nas unidades básicas seja realizado por equipe multiprofissional, o que tem exigido dos profissionais de saúde a busca e a apropriação de tecnologias para viabilizar a aprendizagem de forma criativa e o manejo do tratamento pelos sujeitos (FERNANDES; SILVA; SOARES, 2011).

A tarefa deve ser responsabilidade de toda equipe, entretanto observa-se que nem sempre os profissionais de saúde estão preparados para o desenvolvimento desses grupos, na medida em que esta prática exige uma postura e um desempenho profissional para além de tratar da doença (FERNANDES; SILVA; SOARES, 2011; BRASIL, 2012; NOGUEIRA, et al., 2013; OLIVEIRA; WENDHAUSEN, 2014).

Devido a esse despreparo, estudos apontam a necessidade de que sejam realizadas ações educativas com profissionais de saúde buscando uma formação mais adequada para o

desempenho de grupos de educação em saúde utilizando abordagem participativa e dialógica (ALVES; AERTS, 2011; FALKENBERG et al., 2014).

Dessa forma, considerando por um lado os expressivos benefícios que os grupos de educação em saúde podem acarretar às pessoas idosas, e por outro as inegáveis deficiências apontadas na literatura em relação à execução dessas práticas, constata-se que o fomento para realização desses grupos necessariamente passa por discussões junto aos profissionais que os executam. Ressalta-se neste contexto a necessidade de estudos que busquem encontrar elementos contribuintes para a transformação das práticas vigentes e incremento dos grupos de educação em saúde.

Diante do exposto, o presente estudo justifica-se por promover uma ação junto aos profissionais de saúde da APS de Uberaba que tem como objetivo final o incremento da assistência que é prestada aos idosos por meio da transformação das práticas relativas aos grupos de educação em saúde, além de proporcionar espaço de discussão junto aos profissionais que pode contribuir para a consolidação do modelo de assistência pautado num conceito ampliado de saúde, uma vez que a prática da educação em saúde é considerada uma ferramenta essencial na construção de uma assistência integral.

O que se propôs com este estudo foi inicialmente traçar um diagnóstico da situação em relação aos grupos de educação em saúde com idosos na APS de Uberaba para que estas informações, somadas às discussões junto aos atores responsáveis, pudessem subsidiar o planejamento e implementação de uma ação de educação permanente que pudesse minimizar as dificuldades encontradas na realização desses grupos e resultar na transformação da prática desses profissionais, com efeitos direcionados à qualificação dos processos de trabalho em saúde considerando as especificidades locais e as necessidades do trabalho real.

Buscou-se realizar a atividade educativa no sentido de atender às necessidades dos profissionais, além de estar em consonância com as diretrizes da PNEPS, ou seja, uma ação que utiliza metodologia participativa e dialógica, centrado no processo de trabalho, que valoriza o contexto intrínseco das ações, com vistas a transformar as situações diárias em aprendizagem, e que se mostra comprometido com a modificação das práticas (BRASIL, 2009).

3 PRESSUPOSTO

Este estudo parte do pressuposto de que não há ações de educação permanente em quantidade suficiente sobre atividades de educação em saúde com idosos para profissionais da APS em Uberaba, assim como, que o número de grupos de educação em saúde para idosos podem ser insuficientes, ou conduzidos de forma não motivadora a reflexão crítica da realidade por parte do idoso e, portanto com poucos benefícios na vida destes.

4 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar o desenvolvimento e implementação de uma ação de educação permanente direcionada a profissionais da atenção primária sobre grupos de educação em saúde com idosos.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Caracterizar os grupos de educação em saúde com idosos existentes no município de Uberaba;
2. Planejar e implementar uma ação educativa baseada nas necessidades dos profissionais acerca de grupos de educação em saúde com idosos;
3. Descrever a percepção dos profissionais em relação à ação educativa desenvolvida e possíveis aplicações;
4. Identificar os efeitos da ação educativa no trabalho após 120 dias da atividade.

5. METODOLOGIA

5.1 TIPO DE PESQUISA

Trata-se de um estudo de abordagem quali-quantitativa, que utiliza como estratégia metodológica a pesquisa-ação.

Segundo Sampieri, Collado e Lucio (2006) o enfoque quantitativo em pesquisas está geralmente associado aos experimentos, às pesquisas com questões fechadas ou aos estudos em que se empregam instrumentos de medição padronizados, concedendo uma visão sob o ponto de vista de contagem e magnitude em relação aos dados. Por sua vez, a pesquisa qualitativa confere à pesquisa profundidade, dispersão, riqueza interpretativa, contextualização do ambiente e experiências únicas.

Durante várias décadas considerou-se que os enfoques quantitativo e qualitativo eram perspectivas opostas, inconciliáveis e que não deveriam se misturar. Entretanto tem se observado nos últimos anos uma tendência crescente nos estudos científicos de diversos campos a fusão dessas duas abordagens, o que pode ser chamado de um “casamento quanti-quali”. A mistura dos dois modelos potencializa o desenvolvimento do conhecimento, a construção de teorias e a resolução de problemas, sendo que ambos requerem seriedade, profissionalismo e dedicação dos pesquisadores (SAMPIERI; COLLADO; LUCIO, 2006).

A pesquisa-ação, segundo Thiollent (2011), trata-se de um tipo de pesquisa que tem a intenção de fazer com que os participantes se conscientizem da realidade, identifiquem dificuldades, solucionem problemas identificados por meio de uma ação, além de produzirem conhecimento.

Thiollent (2011, p.16) define:

A pesquisa-ação é um tipo de pesquisa social com base empírica que é concebida e realizada em estreita associação com uma ação ou com a resolução de um problema coletivo e no qual os pesquisadores e os participantes representativos da situação ou do problema estão envolvidos de modo cooperativo ou participativo.

Ao utilizar a pesquisa-ação pesquisador e participantes têm a oportunidade de simultaneamente desenvolver o conhecimento e superar a lacuna existente entre teoria e prática, visto que durante a pesquisa os autores (da pesquisa) e os atores (sociais) estão reciprocamente implicados: os autores na ação e os atores na pesquisa (ENGEL, 2000; THIOLLENT, 2011).

Thiollent (2011) ainda aponta a diferenciação entre pesquisa-ação e pesquisa participante, já que para o autor os dois tipos de pesquisa são similares, mas não idênticos.

Pode-se dizer que toda pesquisa-ação é um tipo de pesquisa participante, entretanto, nem toda pesquisa participante é uma pesquisa-ação, pois essa última, além da participação supõe uma forma de ação planejada, de caráter social, educacional, técnico ou outro, o que nem sempre está presente em pesquisas do tipo participante, diferenciando os dois tipos de pesquisa.

Didaticamente Thiollent (2009) propõe um roteiro de organização da pesquisa-ação em quatro grandes fases:

- **Fase exploratória:** busca-se nessa fase realizar um diagnóstico da situação e das necessidades dos atores, bem como divulgar as propostas, aumentar a consciência dos participantes, obter comprometimento dos interessados e apoio da instituição. O diagnóstico trata-se de uma pesquisa não exaustiva que visa detectar os principais problemas em prazo de tempo limitado. Os dados provenientes dessa fase são analisados e apresentados aos atores tornando possível a definição de atividade prioritária para pesquisa e ação.
- **Fase de pesquisa aprofundada:** tem como objetivo aprofundar o conhecimento sobre a atividade definida e elaborar propostas de ação. Nesta fase a situação é pesquisada e os dados obtidos são discutidos e progressivamente interpretados, levando à proposta de uma ação para resolução do problema identificado.
- **Fase de ação:** esta fase consiste em divulgar os resultados encontrados, buscando informar os membros da organização, socializar experiências e legitimar as propostas. É nessa fase também que ocorre a implementação da ação, sendo de suma importância participação ativa ou o apoio dos dirigentes da instituição participante para execução dessa fase.
- **Fase de avaliação:** nesta fase as ações implementadas são objeto de avaliação visando o controle da efetividade e a produção de conhecimentos advindos da experiência da pesquisa-ação.

As fases apresentadas não são estanques, e durante o processo pode ocorrer um vai-e-vém entre elas. Além disso, o roteiro sugerido deve ser compreendido como um ponto de partida, visto que a pesquisa-ação lida com atores sociais que dispõem de autonomia de decisão e cujos comportamentos não são previsíveis. Dessa forma deve ser considerado que o roteiro proposto pode sofrer alterações para se adaptar ao contexto ao qual a pesquisa é desenvolvida, todavia essa flexibilidade, inerente à pesquisa-ação, deve sempre ser acompanhada pelo rigor exigido em todas as formas de pesquisa científica (THIOLLENT, 2009; THIOLLENT, 2011).

Dentre as várias abordagens metodológicas que podem ser utilizadas para a realização de pesquisas em Enfermagem a pesquisa-ação destaca-se por objetivar a transformação de uma realidade através de uma ação planejada, com interação entre o pesquisador e os

participantes, além da colaboração destes como agentes transformadores de sua realidade, capazes de modificarem suas práticas através do seu aprendizado (SILVA et al., 2011).

Neste estudo optou-se pela pesquisa-ação tendo em vista sua adequação a este trabalho que pretendeu criar oportunidades para os participantes refletirem sobre o desenvolvimento dos grupos de educação em saúde direcionados a população idosa na atenção primária, e posteriores adequações no trabalho junto a esses grupos se julgado necessário.

5.2 CENÁRIO DO ESTUDO

O estudo foi desenvolvido na cidade de Uberaba. O município situa-se no interior do estado de Minas Gerais, na microrregião do Triângulo Mineiro, e, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2010), conta com uma população de 295.988 habitantes, dos quais 37.365 possuem 60 anos ou mais, o que corresponde a cerca de 13% da população do município.

A rede de atenção primária é considerada como a principal porta de entrada dos usuários ao sistema de saúde e coordenadora da rede, sendo que o município contava, no período da coleta de dados com 35 Unidades Básicas de Saúde (UBS), sendo 25 situadas na zona urbana e 10 na zona rural (UBERABA, 2011; UBERABA, 2014). Com o objetivo de organização e delimitação geográfica o município foi dividido em três distritos sanitários, como mostra a Figura 1.

Figura 1 - Abrangência dos serviços de saúde de Uberaba por distritos sanitários.



Fonte: Uberaba (2014).

De acordo com a Secretária Municipal de Saúde de Uberaba, as UBS abrigavam 51 equipes de saúde da família, sendo 48 delas associadas à equipe de saúde bucal. Para coordenação das UBS 25 gerentes faziam parte do quadro da Secretária Municipal de Saúde (UBERABA, 2011; UBERABA, 2014).

A composição das equipes segue a recomendação do Ministério da Saúde que configura como equipe mínima aquela formada por um médico, um enfermeiro, um técnico ou auxiliar de enfermagem e de seis a doze agentes comunitários de saúde, e a equipe completa seria a mínima acrescida a uma equipe de Saúde Bucal com cirurgião dentista, e auxiliar e/ou técnico em saúde bucal. Dessa forma faziam parte da ESF de Uberaba 150 profissionais de nível superior, sendo 51 médicos, 51 enfermeiros e 48 dentistas (BRASIL, 2012; UBERABA, 2014).

No município de Uberaba a ESF conta ainda com apoio dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), que são equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento e que atuam em conjunto com os profissionais da ESF. Encontrava-se no município profissionais médicos (24), psicólogos (10), fisioterapeutas (06) e assistentes sociais (06), totalizando 46 profissionais nas equipes do NASF (BRASIL, 2012; UBERABA, 2014).

5.3 ETAPAS DO DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA

Buscando subsídios para o planejamento e implementação de uma proposta de ação educativa sobre o tema grupos de educação em saúde com idosos, e considerando a estratégia metodológica da pesquisa-ação, percorreu-se as seguintes etapas para realização desta pesquisa:

- Primeira etapa: Diagnóstico da situação;
- Segunda etapa: Planejamento e implementação da atividade de educação permanente;
- Terceira etapa: Avaliação da ação implementada.

5.4 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Participaram da pesquisa profissionais de saúde atuantes na ESF/NASF e gerentes de unidades básicas do município de Uberaba-MG. Os profissionais de saúde foram caracterizados pelas seguintes categorias: agentes comunitários de saúde, auxiliar e/ou técnico em saúde bucal, técnicos de enfermagem, cirurgião dentista, enfermeiros, médicos, psicólogos, fisioterapeutas e assistentes sociais.

5.4.1 Critérios de inclusão e exclusão – Primeira etapa

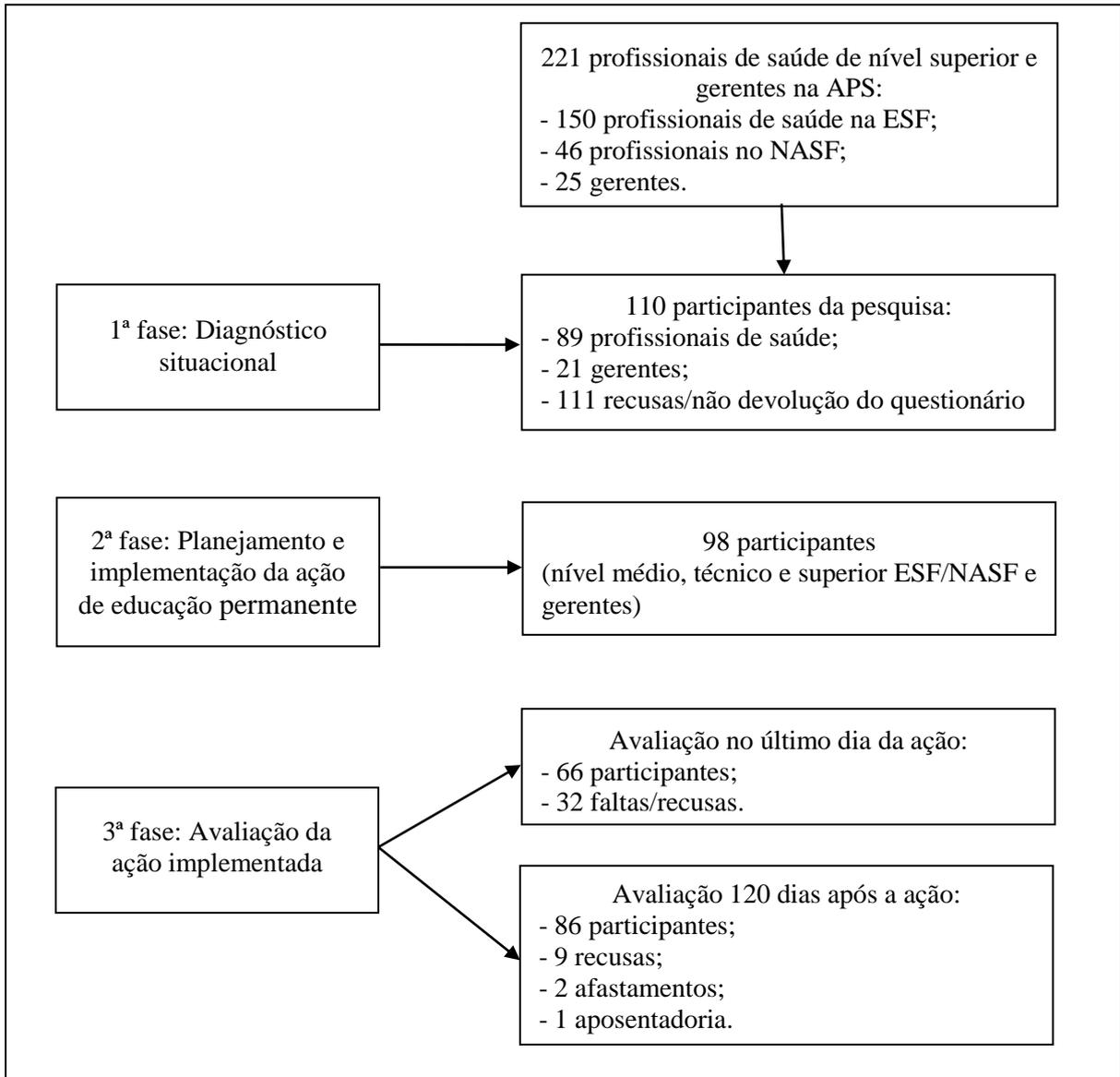
Na primeira fase da pesquisa, a fase exploratória, quando se buscou realizar o diagnóstico da situação vivenciada pelos profissionais em relação aos grupos de educação em saúde com idosos, foram incluídos na pesquisa os profissionais de saúde de nível superior que atuavam na ESF/NASF e os gerentes de unidades básicas do município de Uberaba-MG. Foram excluídos da pesquisa aqueles que estavam em férias, licença saúde ou afastados de suas atividades profissionais por qualquer outro motivo no período destinado a coleta de dados, além daqueles que não devolveram o questionário conforme o tempo combinado. A proposta desta fase era conhecer as necessidades dos profissionais com relação aos contextos vividos nas práticas de educação em saúde, e, sobretudo suas dificuldades sujeitas a intervenções de educação permanente, ou que com estas pudessem melhorar ou ampliar ações de educação em saúde com idosos.

5.4.2 Critérios de inclusão e exclusão – Segunda e Terceira etapas

Nas fases caracterizadas pela ação de educação permanente e posterior avaliação da atividade desenvolvida, foram incluídos no estudo os profissionais que participaram da atividade, caracterizados por gerentes de unidades básicas e profissionais de nível médio, técnico e superior atuantes na ESF/NASF. Foram excluídos da pesquisa aqueles que estavam em férias, licença saúde ou afastados de suas atividades profissionais por qualquer outro motivo no período destinado a coleta de dados, além daqueles que não devolveram o questionário conforme o tempo combinado. Ressalta-se que a proposta não era unidirecional, ou seja, avaliar profissional a profissional, mas sim propor uma atividade de educação permanente que atendesse *a priori* demandas de educação em saúde levantadas no coletivo.

Apresenta-se abaixo figura esquemática representando as fases percorridas e o número de participantes em cada fase da pesquisa.

Figura 2 - Fases da pesquisa e número de participantes. Uberaba, 2014.



5.5 PROCEDIMENTOS DE COLETA E ANÁLISE DOS DADOS

5.5.1 Primeira etapa: Diagnóstico da situação

Nesta etapa, correspondente a fase exploratória proposta por Thiollent (2009), buscou-se identificar a situação vivenciada pelos profissionais em relação aos grupos de educação em

saúde com idosos, bem como levantar temas para uma possível atividade educativa sobre o assunto. Foi também um momento para divulgação do projeto junto aos profissionais da ESF/NASF.

Após a autorização para o desenvolvimento da pesquisa pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Uberaba e a aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM), os profissionais de nível superior atuantes na ESF/NASF e os gerentes das unidades foram abordados em suas unidades de trabalho, em local que respeitasse a sua privacidade, para o convite e esclarecimentos a respeito da pesquisa, seus objetivos e procedimentos metodológicos. Para aqueles que aceitaram participar do estudo foi entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A), ficando uma cópia com o pesquisador e outra cópia com o participante.

Para a coleta dos dados foi utilizado um questionário semi-estruturado, auto-administrado, elaborado pelos pesquisadores. O instrumento foi dividido em três partes, buscando identificar os dados sociodemográficos do participante, aspectos referentes aos grupos de educação em saúde existentes na unidade de trabalho e aspectos relacionados a formação do profissional quanto ao tema educação em saúde com idosos (Apêndice B e C).

Na pesquisa-ação diversos procedimentos e instrumentos podem ser utilizados para a coleta de dados. Thiollent (2011) destaca a entrevista coletiva, a entrevista individual, anotações em diário de campo, observação participante, histórias de vida, sociodrama, questionários, técnicas antropológicas e técnicas documentais, como análise de jornais, filmes e outros materiais audiovisuais.

Sabe-se que neste tipo de pesquisa quando a população é de pequena dimensão e sua estruturação em grupos permite a fácil realização de discussões, é possível obter informações de modo coletivo aumentando a riqueza das descrições. Entretanto, quando a população é ampla e o objetivo da descrição e da análise da informação é bem definido, o uso de questionários geralmente é indispensável, sendo recomendado, entretanto a implicação do maior número possível de membros da organização nessa estratégia de participação (THIOLLENT, 2009; THIOLLENT, 2011).

A coleta dos dados foi realizada entre os meses de agosto e dezembro de 2013 e contou com auxílio de acadêmicos de enfermagem previamente treinados para abordagem dos profissionais e orientação quanto ao preenchimento do instrumento. Quando havia disponibilidade, o profissional respondia ao questionário no momento da visita do pesquisador. Quando isso não era possível era firmada uma data dentro do prazo de 10 dias para devolução do instrumento preenchido. Atenderam aos critérios de inclusão da pesquisa e

responderam o questionário 110 profissionais, sendo 89 profissionais de saúde e 21 gerentes de unidade básica.

Ressalta-se que segundo Otrenti (2011) não existe atualmente uma padronização nos termos que são utilizados para descrever as ações educativas direcionadas aos profissionais de saúde, principalmente quando considerado o referencial da EPS. Dessa forma, neste estudo o termo “capacitação” foi utilizado nos instrumentos de coleta de dados e documentos apresentados aos participantes da pesquisa (TCLE) representando uma ação de educação permanente em saúde.

5.5.1.1 Análise dos dados

Para a análise dos dados da primeira fase da pesquisa as informações obtidas foram digitadas, tabuladas e consolidadas no programa Microsoft Excel por dupla entrada e digitadores independentes visando minimizar falhas na entrada do banco de dados. Os bancos foram importados para o programa *Software Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) versão 20.0 para realização da análise estatística.

As variáveis categóricas foram analisadas segundo estatística descritiva por meio de frequências absolutas e percentuais e as numéricas analisadas conforme as medidas de centralidade (média, mediana) e de dispersão (desvio padrão, mínimo e máximo).

5.5.2 Segunda etapa: Planejamento e implementação da atividade de educação permanente

Tendo como ponto inicial o diagnóstico da situação em relação aos grupos de educação em saúde com idosos identificado na fase anterior, procedeu-se à elaboração do planejamento e implementação da ação educativa.

A análise dos dados da primeira etapa possibilitou que se conhecessem as características dos profissionais e dos grupos de educação em saúde com idosos existentes, bem como permitiu que fossem levantados os temas de interesse a serem discutidos na atividade com os profissionais. A partir desses dados foram selecionados os conteúdos, os objetivos, as estratégias, os recursos pedagógicos e as formas de avaliação que seriam utilizados.

Os resultados obtidos na primeira etapa da pesquisa, bem como a proposta de ação elaborada foram apresentados à equipe responsável na SMS de Uberaba em uma reunião previamente agendada. Na reunião houve reflexão e discussão acerca dos temas selecionados, dos recursos que seriam utilizados, das formas de abordagem, do local e de possíveis datas de realização.

Foi acordado entre pesquisadores e representantes da SMS que a atividade de educação permanente aconteceria em três momentos, de forma que pudéssemos alcançar o máximo de profissionais possível. Assim seriam oferecidas aos participantes, profissionais de nível superior atuantes na ESF/NASF, no máximo 50 vagas por turma mantendo a divisão dos distritos sanitários do município. A escolha dos profissionais seria feita em comum acordo entre os interesses dos participantes, dos gerentes das unidades e da secretaria municipal de saúde, que também ficou responsável por prestar auxílio aos pesquisadores na divulgação do projeto para que a ação efetivamente acontecesse.

Na mesma reunião foi definida a carga horária, que seria de quatro encontros, um por semana, de quatro horas presenciais cada, totalizando 16 horas por turma. O horário da atividade educativa foi definido dentro do expediente de trabalho dos profissionais, que seriam liberados para participação. Os temas abordados incluiriam aspectos organizacionais das ações de educação em saúde, técnicas pedagógicas para operacionalização de ações de educação em saúde, temáticas de interesse para os idosos, e principais agravos de saúde na terceira idade.

Após a adequação do planejamento da ação a partir desta reunião com os representantes da SMS, foi realizada uma reunião com os gerentes das unidades de saúde, com vistas a apresentar o projeto e discutir os resultados da primeira etapa bem como a proposta de ação.

Os gerentes concordaram com os temas, carga horária e metodologia propostas, porém não aceitaram que somente profissionais de nível superior participassem, alegando que tal fato prejudicaria o atendimento aos pacientes por retirar esses profissionais das unidades em horário de trabalho.

Em vista dessa nova demanda apresentada pelos gerentes, foi acordado que preferencialmente participariam profissionais de nível superior, não sendo vedada porém, a participação de profissionais de nível médio/técnico vinculados à ESF.

A decisão por adaptar o projeto às necessidades apresentadas pelos gerentes foi pautada nos princípios da pesquisa-ação, pois, conforme afirma Thiollent (2009) nesse tipo de

pesquisa os participantes não são vistos apenas como simples sujeitos passivos, ao contrário, eles desempenham um papel ativo, e suas posições devem ser respeitadas.

Segundo o mesmo autor a pesquisa-ação somente torna-se possível e eticamente sustentável quando estão reunidas as seguintes condições: os objetivos são definidos com autonomia dos atores; todos os grupos sociais implicados na situação são chamados para participar do projeto; todos os grupos têm liberdade de expressão; e as ações decorrentes da pesquisa são negociadas entre os pesquisadores e membros da estrutura formal (THIOLLENT, 2009).

Para seu desenvolvimento a atividade de educação permanente pautou-se na metodologia participativa e dialógica, permitindo a troca de experiências e discussão das possibilidades de implementação das ações em saúde com as pessoas idosas (FREIRE, 2005).

A concepção de educação de Freire (2005) tem duas características principais: a problematização e a dialogicidade. A problematização se faz a partir da realidade vivenciada pelos sujeitos envolvidos no processo educativo, educador e educando. A dialogicidade se estabelece entre os sujeitos envolvidos sobre a realidade que os mediatiza. Com o processo educativo dialógico e problematizador está subjacente a idéia de transformação. Transformação para uma sociedade mais humanizada em que todos os envolvidos possam ver mais além de seu mundo, atuando sobre ele, transformando-o.

Essa educação implica num constante ato de desvelamento da realidade em um contexto de aprendizado dialógico no qual educadores e educandos são sujeitos de um processo educativo, e as oportunidades de conhecimento são criadas com a participação de ambos os sujeitos, resultando na inserção crítica do homem na realidade. Os objetivos da educação incluem a transformação social, a troca de experiências, o questionamento, a individualização e a humanização (FREIRE, 1983; FREIRE, 2003).

Durante a atividade buscou-se sensibilizar os profissionais sobre a importância da prática educativa em saúde com idosos, aprimorar e construir novos conhecimentos, e proporcionar espaço de debates e de promoção da aprendizagem com a participação coletiva e multiprofissional.

Para o alcance dos objetivos foram utilizadas dinâmicas de grupo, e vivências, em geral com uso da problematização nestas, baseados nos conhecimentos prévios sobre educação em saúde e na realidade prática dos participantes. Além disso, contou-se com o apoio de profissionais das áreas de nutrição, enfermagem, terapia ocupacional, educação física, fisioterapia, medicina e homeopatia, que forneceram embasamento técnico em relação aos assuntos discutidos. Apesar da presença dos profissionais convidados, os principais

responsáveis pelos temas eram os próprios participantes, que deveriam pesquisar previamente sobre o assunto e fazer uma apresentação aos demais.

Em acordo com os profissionais envolvidos com a atividade de educação permanente e com a SMS de Uberaba, os encontros ocorreram no espaço da UFTM, diferente do inicialmente planejado, que era nos Distritos de Saúde.

A ação educativa contou com a participação de 98 profissionais. Os encontros (quatro por cada turma) aconteceram sempre às quintas-feiras, das 13:00 às 17:00 horas, no período de maio a agosto de 2014. No último encontro de cada turma era feita uma confraternização de encerramento e a avaliação da atividade.

Ressalta-se que o presente estudo é parte integrante de um projeto maior o qual previa ainda a criação dos grupos pilotos de educação em saúde com idosos. Devido a isso no último encontro também eram escolhidas entre os participantes as unidades que assumiriam a criação desses grupos.

5.5.3 Terceira etapa: Avaliação da ação implementada

A avaliação da atividade educativa realizada com os profissionais foi realizada com a utilização de um questionário de percepção dos profissionais no último dia do curso e um questionário de aplicação dos conhecimentos no trabalho após 120 dias da educação permanente.

Como nem todos os profissionais tinham participado da primeira etapa da pesquisa (a fase exploratória), no início da atividade foi novamente realizado o esclarecimento a respeito do projeto em desenvolvimento, seus objetivos e procedimentos metodológicos.

Ao final do último encontro foi realizada uma avaliação de percepção dos profissionais em relação à atividade educativa. Após a explicação sobre a pesquisa e apresentação do questionário, aqueles que aceitaram participar do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice D).

Para a coleta dos dados foi utilizado um questionário semi-estruturado, auto-administrado, elaborado pelos pesquisadores. Na primeira parte do instrumento foi feita uma caracterização do perfil sociodemográfico e profissional do participante e, em seguida, era questionado ao profissional acerca de sua percepção quanto à criação e manejo de grupos de educação em saúde com idosos e da aplicabilidade da ação educativa que ele participou.

(Apêndice E). O instrumento foi aplicado no último dia da atividade, e foi respondido por 66 participantes que compareceram ao encontro e aceitaram participar da avaliação.

Posteriormente, entre 120 e 150 dias após o término da atividade educativa, ou seja, entre os meses de outubro de 2014 e janeiro de 2015, os profissionais foram novamente contatados em suas unidades de trabalho para agendamento de um horário para esclarecimento a respeito da terceira etapa da pesquisa e aplicação de um novo questionário visando identificar os efeitos da atividade de educação permanente no comportamento do egresso da ação, bem como o apoio que esse profissional recebe para aplicar no seu local de trabalho as práticas resultantes das discussões na educação permanente.

Segundo Freitas et al. (2006), não há um intervalo padronizado para realização desse tipo de avaliação, uma vez que o tempo de aplicação do aprendizado depende na natureza da ação educativa. O que se deve levar em consideração é que o tempo determinado seja suficiente para permitir que os participantes voltem ao seu ambiente de trabalho e tenham a oportunidade de aplicar o aprendido (Abbad et al., 2012).

Aqueles profissionais que atenderam aos critérios de inclusão e aceitaram participar do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice F) e responderam o questionário. A avaliação foi respondida por 86 participantes. Para a coleta de dados foi utilizado um instrumento com perguntas de caracterização sócio-demográficas, e as escalas de impacto do treinamento e suporte a transferência, desenvolvidas e validadas por Abbad (1999) e Abbad e Sallorenzo (2001), além de duas questões abertas (Apêndice G).

A escala de impacto de treinamento no trabalho é composta por 12 itens que exprimem a percepção do participante sobre os efeitos exercidos pela ação educativa no próprio desempenho e motivação para o trabalho. Os itens são associados a uma escala de concordância tipo Likert de cinco pontos, em que 1 corresponde a “Discordo totalmente da afirmação”; 2 “Discordo um pouco da afirmativa”; 3 “Não concordo, nem discordo”; 4 a “Concordo com a afirmativa” e 5 a “Concordo totalmente com a afirmativa” (ABBAD et al., 2012).

A escala de suporte à transferência de treinamento é composta por dois fatores: suporte psicossocial à transferência e suporte material à transferência. O fator suporte psicossocial à transferência avalia o apoio gerencial, social e organizacional à aplicação de novas aprendizagens no trabalho. Esse fator é subdividido em duas partes, a saber: fatores situacionais de apoio e consequências associadas à aplicação de novas habilidades no trabalho. O fator suporte material à transferência avalia a qualidade, a quantidade e a disponibilidade de recursos materiais e financeiros, bem como a qualidade e adequação do

ambiente físico do local de trabalho à transferência do treinamento (ABBAD et al., 2012). A escala possui 22 itens associados a uma escala de 5 pontos, em que 1 corresponde a “nunca”; 2 a “raramente”; 3 a “algumas vezes”; 4 a “frequentemente” e 5 a “sempre”.

Segundo Otrenti (2011), a escala Likert é adequada para avaliar opiniões e atitudes relacionadas a processos educativos formais, principalmente pela simplicidade e rapidez de seu preenchimento.

Conforme sugerido por Abbad et al. (2012) e, para a melhor compreensão da percepção do participante acerca da influência da educação permanente no seu trabalho, após a escala de impacto de treinamento no trabalho foram apresentadas ao participante duas questões abertas, dando a oportunidade de o participante expressar livremente se houve alguma mudança em sua prática após a atividade educativa e como ela ocorreu. Além dessas duas perguntas, ao final do instrumento foi deixado um espaço em branco para “Observações/Sugestões” e algumas pessoas utilizaram este espaço para realizar uma avaliação espontânea da atividade desenvolvida.

5.5.3.1 Análise quantitativa dos dados

Para a análise dos dados quantitativos as informações obtidas foram digitadas, tabuladas e consolidadas no programa Microsoft Excel por dupla entrada e digitadores independentes visando minimizar falhas na entrada do banco de dados. Os bancos foram importados para o programa *Software Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) versão 20.0 para realização da análise estatística.

As variáveis categóricas foram analisadas segundo estatística descritiva por meio de frequências absolutas e percentuais e as numéricas analisadas conforme as medidas de centralidade (média, mediana) e de dispersão (desvio padrão, mínimo e máximo).

A escala de impacto do treinamento do trabalho é composta por 12 itens que tem pontuação variando de 1 a 5, dessa forma pode atingir a pontuação mínima de 12 pontos e a máxima de 60, sendo que quanto maior a pontuação total, ou o valor das médias, mais positiva é a percepção do participante quanto aos efeitos da ação educativa no seu trabalho.

A escala de suporte à transferência é composta por 9 itens na seção suporte psicossocial - fatores situacionais de apoio, com itens variando de 1 a 5, sendo portanto a pontuação mínima 9 e a máxima 45. A seção suporte psicossocial - consequências associadas ao uso de novas habilidades possui 7 itens, dessa forma pode atingir a pontuação mínima de 7

e a máxima de 35 pontos. A seção suporte material é composta por 6 itens, podendo portanto atingir a pontuação mínima de 6 e a máxima de 30 pontos. Para todas as seções quanto maior a pontuação total, ou o valor das médias, mais positiva é a percepção do participante quanto aos itens avaliados. Conforme orientação de Abbad et al. (2012), para os itens que possuem valor semântico invertido (itens 2, 4, 12, 13) se procedeu à inversão das respostas para o cálculo e análise dos dados.

Neste estudo optou-se por realizar a análise das escalas a partir dos valores das médias. Quanto ao desvio-padrão, assim como em outros estudos com os mesmos instrumentos, foram considerados baixos valores até 0,94 (ARAÚJO, 2009; BALARIN; ZERBINI; MARTINS, 2014).

Para avaliar a consistência interna das escalas foi utilizado o coeficiente Alfa de Cronbach, uma medida de confiabilidade comumente utilizada. É um indicador que varia entre 0 e 1. Os valores mínimos aceitáveis oscilam entre 0,6 e 0,7. Quanto mais próximo de 1, melhor será a confiabilidade (e a consistência interna) da escala (HAIR, 2009).

Foi realizada a análise de relação entre as escalas de Impacto do Treinamento e Suporte à transferência. Para essa análise foi utilizado o coeficiente de correlação de Spearman. Tal medida deve estar no intervalo de -1 a 1. Uma correlação negativa indica que o crescimento de uma das variáveis implica, em geral, o decréscimo da outra. A correlação positiva indica, em geral, o crescimento ou decréscimo concomitante das duas variáveis consideradas (HOLLANDER; WOLFE, 2014).

A classificação dos coeficientes de correlação obtidos utilizou as recomendações de Bussab e Morettin (2010) que consideram fracas as correlações de valor absoluto menor ou igual a 0,4, moderadas aquelas maiores que 0,4 e menores ou iguais a 0,7 e fortes aquelas com valores acima de 0,7.

5.5.3.2 Análise qualitativa dos dados

Para proceder à análise qualitativa dos dados os achados resultantes da transcrição das respostas às questões abertas foram digitados e consolidados no programa Microsoft Word, e submetidos ao método de análise do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC).

O DSC consiste em uma técnica de tabulação e organização de dados qualitativos, elaborado por Lefevre e Lefevre na década de 1990, e tem como fundamento a teoria da Representação Social (LEVEFRE; LEVEFRE, 2012).

As representações sociais são esquemas sociocognitivos que as pessoas utilizam para emitirem juízos ou opiniões no seu cotidiano; é uma forma de conhecimento, socialmente elaborado e compartilhado, de uma realidade comum a um conjunto social. Esses esquemas sociocognitivos, acessíveis mediante depoimentos individuais, precisam ser reconstituídos por meio de pesquisas sociais que comportem uma dimensão qualitativa e quantitativa (LEVEFRE; LEVEFRE, 2012).

Assim o DSC baseia-se no pressuposto de que o pensamento de uma coletividade é o conjunto de representações presentes em um determinado contexto histórico-social, as quais as pessoas recorrem para expressar seus pensamentos sobre os temas em debate na sociedade. Dessa forma o método busca a reconstituição discursiva das representações sociais de uma coletividade como se esta fosse a emissora de um discurso (LEVEFRE; LEVEFRE, 2012).

Na técnica do DSC, os depoimentos coletados são metodologicamente tratados com o objetivo de obter o pensamento coletivo. A técnica consiste basicamente em analisar o material coletado nas pesquisas que têm depoimentos como sua matéria-prima, extraído-se de cada um destes as Expressões Chave (ECH) e respectivas Idéias Centrais (IC) ou Ancoragens. A partir da união das expressões-chave contendo a mesma ideia central e/ou ancoragem são compostos os discursos (LEVEFRE; LEVEFRE, 2012).

As expressões chave (ECH) são pedaços, trechos do discurso, que devem ser destacados pelo pesquisador, e que revelam a essência do conteúdo do discurso ou a teoria subjacente. As ECH são fundamentais para a confecção do DSC, e selecioná-las significa depurar o discurso de tudo o que é secundário e não essencial, buscando identificar a essência do pensamento, tal como ela aparece no depoimento analisado (LEVEFRE; LEVEFRE, 2012).

A Idéia Central (IC) por sua vez é um nome ou expressão lingüística que revela, descreve e nomeia, da maneira mais sintética e precisa possível, o (s) sentido (s) presentes em cada uma das respostas analisadas e de cada conjunto homogêneo de ECH, que vai dar nascimento, posteriormente, ao DSC. Neste último caso a IC recebe também o nome de categoria (LEVEFRE; LEVEFRE, 2012).

Algumas ECH remetem não apenas a uma IC correspondente, mas também e explicitamente a uma afirmação que é denominada Ancoragem (AC) que é a expressão de uma dada teoria ou ideologia que o autor do discurso professa e que está embutida no seu

discurso como se fosse uma afirmação qualquer. Contudo nem sempre as ancoragens estão presentes nos discursos analisados (LEVEFRE; LEVEFRE, 2012).

O processo final da técnica do DSC é a elaboração da síntese, ou seja, trata-se de fazer a reunião, utilizando discurso único redigido na primeira pessoa do singular, das expressões-chave que apresentam ideias centrais ou ancoragens semelhantes. No caso de surgirem depoimentos contraditórios a respeito de uma mesma questão, são elaborados DSC para as falas concordantes e para as falas discordantes (DUARTE; MAMEDE; ANDRADE, 2009; (LEVEFRE; LEVEFRE, 2012).

Assim, por meio dessa estratégia qualitativa os pensamentos de uma coletividade são apresentados na forma de um discurso-síntese, escrito na primeira pessoa do singular, que reúne as apreensões semelhantes emitidas por pessoas distintas (LEVEFRE; LEVEFRE, 2012).

Por suas características o DSC possui como atributos quantitativos a intensidade e a amplitude. A intensidade refere-se ao número ou percentual de indivíduos que contribuíram com suas ECH relativas às IC ou ancoragens semelhantes, para a composição de um dado DSC. Esse atributo permite ao pesquisador conhecer o grau de compartilhamento de cada uma das ideias ou representações entre a população pesquisada (LEVEFRE; LEVEFRE, 2012).

Já a amplitude refere-se à medida da presença de uma idéia ou representação considerando o universo pesquisado. Tem a função de revelar ao pesquisador o grau de espalhamento ou difusão de uma ideia no campo estudado (LEVEFRE; LEVEFRE, 2012).

O DSC representa um avanço importante em relação aos métodos de pesquisa de opinião, pois não há nele a falsa oposição entre o qualitativo e o quantitativo. Em todos os momentos da pesquisa fica preservada a natureza essencialmente discursiva e qualitativa da opinião e, inseparável dela, a dimensão quantitativa, associada à representatividade e generalização dos resultados (LEVEFRE; LEVEFRE, 2012).

Assim sendo, a opinião que emerge do DSC representa característica tanto qualitativa como quantitativa. Qualitativa porque no DSC cada distinta opinião coletiva é apresentada sob a forma de um discurso que recupera os conteúdos que conformaram a dada opinião na escala social e coletiva e, quantitativa porque tais discursos têm uma expressão numérica, considerando que as sociedades são coletividades de indivíduos que compartilham ideias e opiniões socialmente disponíveis (LEVEFRE; LEVEFRE, 2012).

Para auxiliar no processamento dos depoimentos e na construção dos DSC foi utilizado o programa Qualiquantisoft® versão 1.3c, desenvolvido na Faculdade de Saúde

Pública da Universidade São Paulo (USP) por Lefevre e Lefevre em parceria com Sales & Paschoal Informática.

Cabe ressaltar que o QualiQuantsoft® é uma ferramenta facilitadora e que não supre, de maneira alguma, a função do pesquisador. Tal software faz com que o pesquisador se empenhe nos afazeres de análise dos significados nos depoimentos, enquanto o programa viabiliza a organização e armazenamento do material.

A utilização do DSC como método sistemático de tratamento e análise dos dados permite maior objetividade e confiabilidade no processo interpretativo dos dados de uma pesquisa qualitativa, além de favorecer a construção de discursos que representam as vozes do grupo de indivíduos sob estudo (DUARTE; MAMEDE; ANDRADE, 2009).

5.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Este estudo é parte integrante de um projeto maior intitulado “Educação em Saúde para Idosos: necessidade de capacitação dos profissionais de saúde e criação de grupos no município de Uberaba”. O referido projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, sob o protocolo número 1658 (Anexos A) e teve autorização da Secretaria Municipal de Saúde do município de Uberaba (Anexo B). O projeto também recebeu auxílio financeiro da Fundação de Apoio a Pesquisa de Minas Gerais, sob número APQ-02554-12.

Todos os entrevistados que concordaram em participar do projeto receberam explicações sobre os objetivos da pesquisa, destino dos dados coletados e contribuição dos resultados obtidos. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido após informação sobre a garantia do sigilo das informações e respeito à liberdade de retirada do consentimento e/ou desistência em participar da pesquisa a qualquer momento. Os dados estão mantidos sob a guarda dos pesquisadores responsáveis, sendo garantido o sigilo e confidencialidade dos participantes.

O projeto pautou-se nas determinações da Resolução 196/96, vigente à época de aprovação da pesquisa no CEP, e na resolução 466/12 que atualmente regulamenta a pesquisa com seres humanos (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 1996; CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2013).

6 RESULTADOS

6.1 PRIMEIRA ETAPA: DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO

Na primeira etapa desta pesquisa que buscou identificar o diagnóstico situacional em relação aos grupos de educação em saúde com idosos, dos 221 profissionais da APS que foram convidados a participar, 110 responderam ao questionário. Dentre eles 80,9% eram profissionais de saúde e 19,1% gerentes de unidades básicas. A maior parte dos profissionais era do sexo feminino (81,8%), a faixa etária predominante foi de 41 a 50 anos (29,2%). Houve predominância de participantes de cor branca (76,2%) e casado (44,5%). Os dados são apresentados na tabela 1.

Tabela 1 - Distribuição de profissionais da APS quanto a características socioeconômicas. Uberaba, 2013.

		N	%
Tipo profissional	Profissional de Saúde	89	80,9
	Gerente	21	19,1
Sexo	Feminino	90	81,8
	Masculino	20	18,2
Faixa etária ¹	21 a 30 anos	30	28,3
	31 a 40 anos	29	27,4
	41 a 50 anos	31	29,2
	51 a 60 anos	14	13,2
	61 ou mais anos	2	1,9
Cor da pele ²	Branca	83	76,2
	Parda	18	16,5
	Negra	8	7,3
Estado Civil	Casado	49	44,5
	Solteiro	42	38,2
	Separado/divorciado	8	7,3
	Outro	11	10,0

¹ Quatro participantes não responderam; ² um participante não respondeu.

Quanto a formação dos profissionais, a maioria era enfermeiros (45%), seguido pelos cirurgiões-dentistas (19,8%). De acordo com o tempo de formação predominaram os profissionais que tinham entre 10 e 20 anos de experiência (27,2%), e com mais de 5 anos de tempo de trabalho na APS (56,8%). Do total de profissionais apenas 18,2% possuíam alguma especialização em Saúde do Idoso, conforme tabela 2.

Tabela 2 - Distribuição de profissionais da APS quanto à sua formação e experiência na APS e existência de grupos de Educação em Saúde para Idosos. Uberaba, 2013.

		N	%
Categoria Profissional ¹	Enfermeiro	41	45,0
	Cirurgião-dentista	18	19,8
	Médico	11	12,1
	Fisioterapeuta	5	5,5
	Psicólogo	5	5,5
	Assistente Social	3	3,3
	Administrador	2	2,2
	Biomédico	1	1,1
	Farmacêutico	1	1,1
	Bacharel em Letras	1	1,1
	Nível médio (gerentes)	3	3,3
Tempo de formação ²	até 1 ano	2	1,9
	1 a 3 anos	14	13,6
	3 a 5 anos	15	14,6
	5 a 10 anos	25	24,3
	10 a 20 anos	28	27,2
	20 anos	19	18,4
Tempo de trabalho na APS	até 1 ano	23	21,1
	1 a 3 anos	15	13,8
	3 a 5 anos	9	8,3
	5 a 10 anos	26	23,8
	10 a 20 anos	28	25,7
	20 anos	8	7,3
Especialidade Idoso	Não	90	81,8
	Sim	20	18,2

¹Dezenove profissionais de saúde não apontaram a categoria profissional na resposta; ² Sete profissionais não responderam; ³ um profissional não respondeu.

Em relação aos grupos de educação em saúde, 97,3% dos profissionais relataram possuir algum tipo de grupo em sua unidade. Os grupos mais citados foram hiperdia (97,3%) e gestantes (61,8%). A maioria dos profissionais considerou importante a participação do idoso em grupos de educação em saúde (96,4%). Entretanto, apenas 36,4% relataram possuir grupos de educação em saúde específicos para idosos em suas unidades de trabalho.

Entre os que possuíam o grupo de saúde do idoso, 42,1% ocorria semanalmente, e 28,9% mensalmente. Esses grupos geralmente são conduzidos pelo enfermeiro (80%), seguido do médico (30%) e fisioterapeuta (25%). O tema é definido principalmente a partir das necessidades observadas pelo profissional (46,1%), e os assuntos mais abordados incluem atividade física (90%), alimentação (85%) e hábitos de vida (75%), conforme tabela 3.

Tabela 3 - Profissionais e gestores da APS quanto às características de grupos de Educação em Saúde. Uberaba, 2013.

		N	%
Existência de grupo de ES	Sim	107	97,3
	Não	3	2,7
Tipos de grupos¹	Hiperdia	107	97,3
	Gestantes	68	61,8
	Saúde da mulher	43	39,1
	Saúde do idoso	40	36,4
	Tabagismo	32	29,1
	Saúde do trabalhador	12	10,9
	Outros	38	34,5
Frequência²	Semanal	16	42,1
	Mensal	11	28,9
	2x/semana	8	21,1
	mais de 2x/semana	2	5,3
Profissional responsável^{1,2}	Quinzenal	1	2,6
	Enfermeiro	32	80,0
	Médico	12	30,0
	Fisioterapeuta	10	25,0
	Odontologista	9	22,5
	Técnicos	2	5,0
Temas abordados^{1,2}	Outros	13	32,5
	Atividade física	36	90,0
	Alimentação	34	85,0
	Hábitos de vida	30	75,0
	Agravos à saúde	19	47,5
	Educação sexual	11	27,5
Critérios para definição do tema²	Outros	13	32,5
	Necessidades observadas pelo profissional	18	46,1
	Necessidades relatadas pelo idoso	12	30,8
	Orientação à nível central	4	10,2
	Conhecimentos do profissional	2	5,1
Considera importante a participação do idoso nos grupos	Todos os Itens	3	7,7
	Sim	106	96,4
	Não respondeu	4	3,6

ES: Educação em Saúde; ¹Questões que permitiam mais de uma resposta; ²Foram considerados apenas os questionários daqueles que afirmaram a existência de grupo de Saúde do Idoso em seu local de trabalho (N=40), dois profissionais não responderam a frequência, e um não respondeu os critérios para definição do tema.

Em relação à participação dos gerentes nas ações de educação em saúde, embora 69,2% tenham relatado não possuir formação sobre essas ações, 60% refere participar do gerenciamento e avaliação das ações relacionadas aos grupos de educação em saúde. Os meios citados para monitoramento dos grupos foram acompanhamento das atividades, análise de relatórios e reuniões com os profissionais.

A respeito dos conhecimentos dos profissionais acerca do tema educação em saúde, 55,1% afirmaram que a sua graduação não ofereceu formação suficiente para esta prática, e 64% apontam que esse assunto não é discutido em seu cotidiano de trabalho por meio da educação permanente. Os dados são apresentados na tabela 4.

Tabela 4 - Formação e participação dos Gerentes em Ações de Educação em Saúde e Conhecimento dos profissionais acerca do tema educação em saúde. Uberaba, 2013.

	Sim N(%)	Não N(%)
Formação e participação dos gerentes		
Possui formação sobre AES ¹	4 (30,8%)	9 (69,2%)
Participa do gerenciamento e avaliação das AES ²	12 (60,0%)	8 (40,0%)
Conhecimento acerca do tema educação em saúde		
Houve formação sobre educação em saúde na graduação ³	40 (44,9%)	49 (55,1%)
É oferecida EPS sobre educação em saúde com idosos ⁴	36 (36,0%)	64 (64,0%)

AES:Ações de Educação em Saúde; EPS: Educação Permanente em Saúde. ¹Oito gerentes não responderam; ²Um gerente não respondeu. ³Questão respondida pelos profissionais de saúde; ⁴Questão respondida por profissionais e gerentes, dez profissionais não responderam.

Segundo os profissionais, quando ocorre EPS acerca do tema educação em saúde com idosos, geralmente esta se dá mensalmente (32,2%). Quando questionados sobre o tipo de conhecimento que eles consideram necessário ao profissional para condução de grupos de educação em saúde com idosos houve predominância do conhecimento sobre dinâmicas (82,7%) e doenças e agravos (77,3%). Os dados são apresentados na tabela 5.

Tabela 5 - Ações de EPS sobre educação em saúde com idosos. Uberaba, 2013.

	N	%
Frequência EPS sobre Educação em saúde com idosos¹	Diariamente	3 9,7
	Semanalmente	3 9,7
	Mensalmente	10 32,2
	Semestralmente	3 9,7
	Outros	12 38,7
Conhecimentos necessários ao profissional para condução de grupos com idosos²	Dinâmicas	91 82,7
	Doenças e agravos	85 77,3
	Planejamento	82 74,5

Didática	75	68,2
Divulgação	60	54,5
Outros temas	11	10,0

EPS: Educação Permanente em Saúde; ¹ Questão respondida apenas por aqueles que afirmaram o oferecimento de EPS sobre educação em saúde com idosos (N=36), cinco profissionais não responderam; ² Questão permitia mais de uma resposta.

6.2 SEGUNDA ETAPA: PLANEJAMENTO E IMPLEMENTAÇÃO DA AÇÃO

Após a análise dos dados da primeira etapa e reuniões para discussão e reflexão junto aos representantes da SMS, bem como com os gerentes das unidades de saúde, os temas e plano da atividade de educação permanente foram definidos, e com auxílio da SMS, os profissionais foram convidados a participar da ação. Abaixo é apresentado o plano da atividade educativa.

PLANO - AÇÃO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE SOBRE GRUPOS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE COM IDOSOS

Primeiro encontro

Carga horária: 4 horas.

Tema: Aspectos organizacionais de ações de educação em saúde com idosos				
Objetivo Geral: Discutir sobre a criação e planejamento de grupos de educação em saúde				
Objetivos específicos	Conteúdo	Estratégias	Recursos	Avaliação
-Conceituar educação em saúde; - Apontar itens necessários para criação de grupos; -Discutir formas de implementação dos itens para criação dos grupos.	- Educação em saúde: aspectos conceituais; -Aspectos que fundamentam a criação de grupos e AES para idosos: epidemiologia, bases de dados (IBGE, DATASUS e outras), observação, cultura local, outras; - Planejamento do grupo (local, profissionais envolvidos, dia e horário, recursos, temas, divulgação); - Implementação (linguagem, interação, abordagem, técnicas e outros); -Avaliação (avaliação dos idosos, dos profissionais, dos recursos, das técnicas, dos encontros).	- Apresentação do tema; - Aula expositiva-dialogada; - Atividade em grupos: Aplicação da teoria na prática: como seria na minha unidade? - Discussão após a apresentação de cada grupo; - Síntese final.	-Data-show; -Lousa; - Pinceis; - Sulfite; - canetas;	- Roda de conversa

Segundo encontro

Carga horária: 4 horas.

Tema: Técnicas pedagógicas para operacionalização de ações de educação em saúde				
Objetivo Geral: Discutir sobre a utilização de técnicas pedagógicas junto aos grupos				
Objetivos específicos	Conteúdo	Estratégias	Recursos	Avaliação
<ul style="list-style-type: none"> - Identificar os diferentes tipos de técnicas; - Vivenciar técnicas pedagógicas; - Discutir sobre a aplicação das técnicas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Tipos de técnicas (apresentação/entrosamento, aquecimento, sensibilização, reflexão/aprofundamento, de exercícios, desafios, relaxamento e avaliação); - Uso adequado das técnicas (abordagem, linguagem, recursos). 	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentação do tema; -Atividade em grupo: execução das técnicas selecionadas; 1)Em Busca do Conceito; 2)Desenho Coletivo; 3)Feitiço; 4)Onde Eu Estou; 5)Como Eu Explico?; 6)Uma Questão de Mudança ; 7)A Percepção das Cores; -Discussão sobre a experiência vivida; -Discussão sobre os pontos fortes e fracos de cada técnica e possibilidades de aplicação. 	<ul style="list-style-type: none"> - Data-show; -Materiais diversos levados pelos participantes para execução das técnicas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Roda de conversa;

Terceiro encontro

Carga horária: 4 horas.

Tema: Saúde do idoso: temáticas de interesse na terceira idade				
Objetivo Geral: Discutir sobre as principais temáticas de interesse na terceira idade				
Objetivos específicos	Conteúdo	Estratégias	Recursos	Avaliação
<ul style="list-style-type: none"> - Identificar os principais aspectos relacionados à saúde do idoso; -Propor formas de abordagem dos temas juntos aos idosos. 	<ul style="list-style-type: none"> -Estimulação cognitiva; -Orientação temporo-espacial do idoso no ambiente doméstico; - Adesão ao tratamento; -Atividade física e lazer; -Alimentação e nutrição; - Sexualidade, 	<ul style="list-style-type: none"> -Apresentação do tema pelos grupos; -Discussão dos temas em conjunto com a presença de um especialista. 	<ul style="list-style-type: none"> -Data-show; -Cartazes. 	<ul style="list-style-type: none"> -Roda de conversa.

Quarto encontro

Carga horária: 4 horas.

Tema: Agravos à saúde do idoso e temas relacionados				
Objetivo Geral: Discutir sobre os principais agravos que acometem os idosos				
Objetivos específicos	Conteúdo	Estratégias	Recursos	Avaliação
-Conhecer a prevalência dos principais agravos que acometem os idosos; -Identificar as principais complicações dos agravos; -Propor formas de abordagem relacionada aos agravos direcionada aos idosos.	-Demências; -Doença de Parkinson; -Doença de Alzheimer; -Depressão; -Osteoartrose; -Hipertensão arterial; -Diabetes Mellitus; -Polifarmácia; -Homeopatia.	-Apresentação do tema pelos grupos; -Discussão dos temas em conjunto com a presença de um especialista. -Encerramento do curso.	-Data-show; - Cartazes.	-Roda de conversa. -Questionário de avaliação.

Participaram da ação de EPS profissionais de saúde e gerentes da APS dos três distritos sanitários da cidade de Uberaba-MG, totalizando 98 profissionais. Destes foi possível traçar o perfil de 86 participantes por terem respondido ao questionário. Houve predominância de participantes do sexo feminino (89,5%), e faixa etária entre 31 a 50 anos (54,6%). Em relação à profissão a maioria dos profissionais era enfermeiro (29,1%), seguido dos ACS (24,4%) e cirurgiões-dentistas (16,3%), com tempo de formação entre 5 a 10 anos (30,9%). A caracterização dos participantes é apresentada na tabela 6.

Tabela 6 - Distribuição de profissionais participantes da ação educativa quanto as características demográficas e profissionais. Uberaba, 2014.

		N	%
Sexo	Feminino	77	89,5
	Masculino	9	10,5
Faixa etária¹	21 a 30 anos	16	20,8
	31 a 40 anos	21	27,3
	41 a 50 anos	21	27,3
	51 a 60 anos	17	22,1
	61 ou mais	2	2,6
Categoria profissional	Enfermeiro	25	29,1
	ACS	21	24,4
	Cirurgião-dentista	14	16,3
	Médico	6	7,0
	Psicólogo	5	5,8
	ASB/ACD	5	5,8
	Assistente social	4	4,7
	Técnico em enfermagem	3	3,5
	Gerente de UBS	2	2,3
	Fisioterapeuta	1	1,2

Tempo de formação²	Até 1 ano	5	6,0
	>1 a 3 anos	5	6,0
	>3 a 5 anos	13	15,5
	>5 a 10 anos	26	30,9
	>10 a 20 anos	16	19,0
	>20 anos	19	22,6
Tempo de trabalho na APS	Até 1 ano	7	8,1
	>1 a 3 anos	21	24,4
	>3 a 5 anos	9	10,5
	>5 a 10 anos	18	20,9
	>10 a 20 anos	21	24,4
	>20 anos	10	11,6

ACD: Auxiliar de Consultório Dentário; ASB: Auxiliar de Saúde Bucal. ¹ nove profissionais não responderam; ² dois profissionais não responderam.

Quanto à participação dos profissionais em grupos de educação em saúde existentes nas unidades quase a totalidade dos participantes (95,3%) referiu estar envolvido em algum desses grupos, sendo que 45,1% são líderes/coordenadores e 54,9% são colaboradores, conforme tabela 7.

Tabela 7 - Envolvimento dos participantes em grupos de educação em saúde. Uberaba, 2014.

		N	%
Envolvimento em algum dos grupos	Sim	82	95,3
	Não	04	4,7
Forma de atuação	Líder	37	45,1
	Colaborador	45	54,9

Em relação à implementação da atividade de EPS, os encontros ocorreram semanalmente entre os meses de maio e agosto de 2014, em salas de aula da UFTM. Em todos os dias os participantes foram colocados em círculo para proporcionar um melhor contato e diálogo entre eles.

No primeiro dia foram abordados os aspectos organizacionais de ações de educação em saúde com idosos, sendo discutidos os tópicos que fundamentam a criação de grupos (epidemiologia, utilização de bases de dados – IBGE, DATASUS, observação, cultura local, dentre outros); o planejamento (local do grupo, profissionais envolvidos, dia e horário, recursos, temas e divulgação, dentre outros); a implementação (linguagem, interação, abordagem, técnicas, dentre outros); e ainda a importância e formas de avaliação do grupo pelos participantes e pelos profissionais (pesquisa qualitativa, grupo focal, entrevista, questionário).

No final da explicação sobre os tópicos, os participantes foram divididos em grupos e cada grupo ficou com uma etapa da organização da atividade educativa em saúde (aspectos que fundamentam a criação dos grupos, planejamento, implantação e avaliação) conforme havia sido abordado anteriormente. Em seguida, cada grupo apresentou aos outros exemplos de como seria possível a execução daquela etapa em sua unidade de trabalho. As sugestões e idéias de cada grupo foram avaliadas por todos os participantes considerando a realidade de trabalho dos presentes.

Os participantes relataram algumas dificuldades em planejar os grupos de educação em saúde, principalmente com relação à abordagem dos temas, divulgação dos encontros, uso de técnicas e recursos didáticos, bem como a realização de avaliação. No final do primeiro dia já foram negociadas e divididas as atividades que todos os participantes deveriam trazer na semana seguinte.

No segundo encontro foram discutidas junto aos participantes algumas técnicas e dinâmicas possíveis de serem aplicadas nos grupos de educação em saúde. Foram discutidos os objetivos e a aplicabilidade de técnicas pedagógicas. Os participantes foram previamente divididos (encontro anterior) em grupos e convidados a apresentarem algumas técnicas extraídas da coletânea intitulada: “Manual de técnicas pedagógicas e ludopedagógicas para a operacionalização das ações educativas no SUS-São Paulo” (SÃO PAULO, 2002). Tal documento de livre acesso tem uma grande quantidade de técnicas que aponta título, público direcionado, número de participantes, recursos necessários, cuidados, entre outros. Em seguida, foram feitas reflexões acerca de cada técnica, ressaltando-se os pontos positivos e negativos, juntamente com as possibilidades de adaptação da técnica ao ambiente ao qual vai ser aplicado.

No decorrer do encontro foram apresentadas diversas técnicas que ajudam na apresentação, no entrosamento entre os participantes do grupo, no aquecimento, no início das atividades ou na reflexão sobre determinado tema.

Algumas técnicas eram mais simples, precisavam de poucos materiais e eram fáceis de serem conduzidas. No entanto, outras técnicas requeriam mais materiais, maior tempo e espaço, além de melhor preparação por parte do coordenador. Além disso, algumas vezes era necessário que a condução da atividade se desse com maior calma e precisão, possibilitando a compreensão e colaboração dos demais participantes para que a dinâmica não perdesse seu foco e o objetivo fosse alcançado.

Para a escolha das técnicas utilizadas no curso foram levadas em consideração a composição e objetivos do grupo, que neste caso eram direcionados à população idosa, por

esse motivo foram selecionadas técnicas que se adequavam às habilidades dos idosos, que não ofereciam perigo de quedas e nem que pudessem oferecer constrangimento aos participantes.

No terceiro encontro foram apresentados temas diretamente relacionados à população idosa e para os quais há necessidade de discussão. Os temas abordados foram: estimulação cognitiva, orientação temporo-espacial do idoso no ambiente doméstico, adesão ao tratamento, atividade física e lazer, alimentação e nutrição, e sexualidade. O foco do encontro foi discutir maneiras de lidar com essas condições para promover a qualidade de vida do idoso. Da mesma forma que no encontro anterior, houve uma divisão prévia dos participantes em grupos, ficando cada grupo responsável por apresentar um tema para os demais colegas, de modo que os facilitadores do dia tinham a função de conduzir as discussões, sintetizar conteúdo e organizar o tempo dentre outros.

Quanto à estimulação cognitiva, os grupos apresentaram formas de manter e estimular a cognição dos idosos por meio de atividades lúdicas, leitura e jogos, a maioria confeccionada pelos próprios participantes.

Em relação à orientação temporoespacial do idoso no ambiente doméstico, foram dadas sugestões de modificações no ambiente domiciliar, visando diminuir o risco de acidentes. Dentre as orientações estavam: diminuir o uso de tapetes em pisos escorregadios, tomar banho calçado, disponibilizar interruptor próximo à cama e evitar andar no escuro.

Quanto à adesão ao tratamento os grupos responsáveis deram enfoque em dicas para facilitar a organização dos medicamentos e evitar possíveis confusões na hora da medicação, uma vez que a grande maioria dos idosos faz uso de múltiplos fármacos e possuem dificuldade visual e/ou cognitiva. Para essa organização procuraram utilizar materiais de baixo custo disponíveis da unidade de saúde ou no domicílio do paciente, como caixas de papel ou potes plásticos.

Ao se tratar da atividade física e lazer, foi bastante discutida a importância da prática de uma atividade física de maneira regular e que seja adequada aos limites e capacidades de cada idoso, além de proporcionar momentos de lazer, que promovam bem-estar e qualidade de vida.

Quanto à alimentação e nutrição, foram dadas sugestões de como discutir esse assunto em um grupo de idosos, uma vez que é difícil conseguir uma mudança de hábitos alimentares nessa faixa etária. Dentre as propostas apresentadas, uma delas foi realizar um dia de gastronomia, mostrando na prática como é possível mudar a forma de preparo dos alimentos. Outras sugestões incluíram a criação de hortas comunitárias, cozinha experimental, utilização

de temperos (sal de ervas), visita acompanhada ao supermercado e refeições em conjunto, em que cada participante leva um item para ser consumido junto ao grupo.

O último tema abordado foi sobre sexualidade na terceira idade e a dificuldade de abordar o tema. Muitas vezes para esta população a forma de pensar a respeito do assunto é tradicionalista e conservadora. Por isso os participantes que apresentaram o tema sugeriram que essa abordagem seja feita por profissionais que já tenham vínculo com os idosos, bem como que o momento seja apropriado para discussão do tema, ou seja, quando as pessoas já estão mais integradas e dispostas a falar sobre assuntos mais delicados.

Para os terceiro e quarto encontros foram convidados profissionais que trabalham na área dos temas abordados. Participaram profissionais da terapia ocupacional, nutrição, enfermagem, medicina geriátrica, homeopatia, assistência social e educação física. Assim, cada grupo de participantes fazia sua apresentação e, logo após, os profissionais convidados frisavam os pontos mais importantes relacionados, e, se necessário, acrescentavam algumas informações não mencionadas (tinham a função de facilitadores).

No quarto encontro o enfoque se deu nos agravos à saúde que mais acometem os idosos e outros temas de interesse. Foram abordados: demências, doença de Parkinson, doença de Alzheimer, depressão; osteoartrose; hipertensão arterial, diabetes mellitus, cardiopatias; homeopatia e polifarmácia. Novamente houve uma divisão prévia dos participantes em grupos (no encontro anterior), em que cada grupo ficou responsável por apresentar um dos assuntos. Os profissionais convidados auxiliaram nas discussões, cuja ênfase se deu nos principais dados epidemiológicos, complicações e estratégias de abordagem na atenção primária com os idosos. Buscou-se com este encontro contribuir para o aprimoramento dos conhecimentos acerca desses agravos e formas de manejo junto à população idosa.

Durante os encontros os participantes tinham a oportunidade de dar sua opinião sobre os temas, tirar dúvidas e discutir sobre a possibilidade de aplicar os conhecimentos na realidade a qual estão inseridos. Os profissionais que participaram da EPS mostraram-se interessados em por em prática as atividades de promoção da saúde com os idosos.

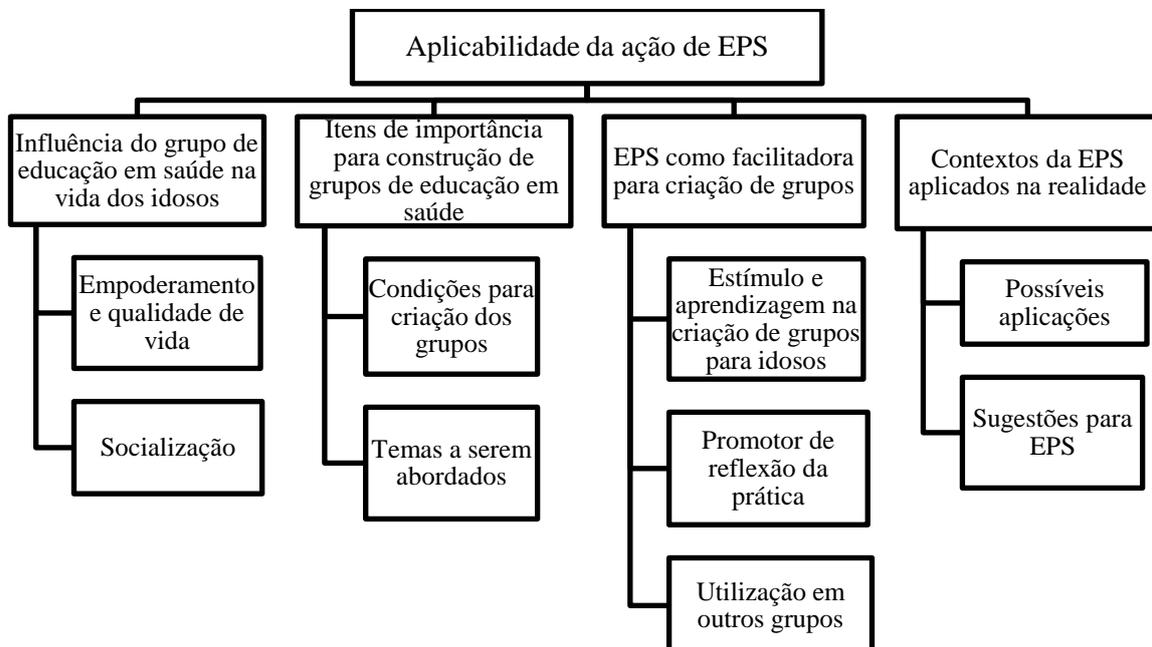
6.3 TERCEIRA ETAPA: AVALIAÇÃO DA AÇÃO IMPLEMENTADA

Para avaliar a ação implementada foram utilizadas duas avaliações, uma imediatamente ao final do curso, e outra 120 dias depois.

Responderam ao questionário da primeira avaliação todos os participantes que compareceram ao último encontro de cada turma, totalizando 66 profissionais, sendo 26 do Distrito I, 22 do Distrito II e 18 do Distrito III.

Este questionário buscou identificar a percepção dos profissionais em relação aplicabilidade da ação de EPS. A partir da análise das respostas segundo o método do DSC foram encontradas nove Ideias Centrais – que são as sínteses do conteúdo manifestado nas ECH selecionadas. Segue abaixo a figura 3 que apresenta a síntese das IC.

Figura 3 - Síntese das IC encontradas nos discursos dos participantes referentes à percepção da aplicabilidade da ação de EPS imediatamente após o final da atividade. Uberaba, 2014.



A figura 4 retrata o compartilhamento das ideias centrais alcançadas nos discursos dos profissionais pesquisados para as quatro questões analisadas. É importante lembrar que cada entrevistado pode ter contribuído com mais de uma ideia central para a elaboração do DSC.

Figura 4 - Compartilhamento das ideias centrais referentes à percepção da aplicabilidade da ação de EPS imediatamente após o final da atividade educativa. Uberaba, 2014.

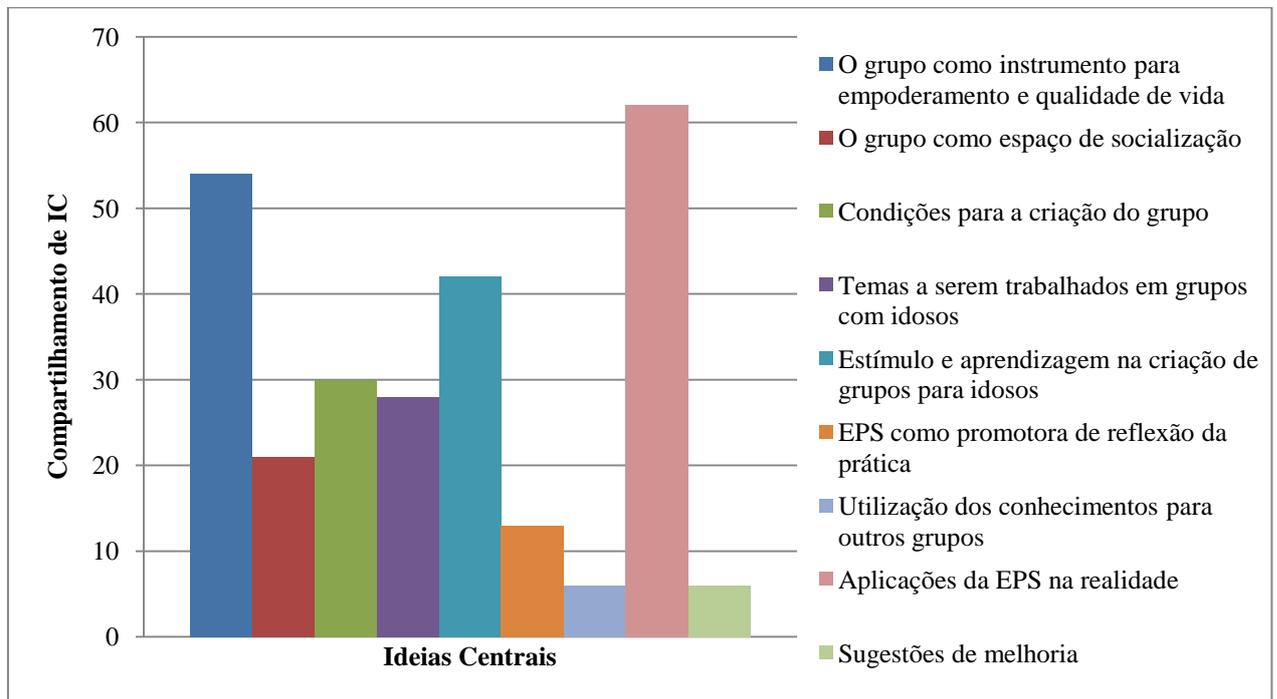


Tabela 8 - Distribuição das ideias centrais referentes à percepção da aplicabilidade da ação de EPS imediatamente após o final da atividade por categoria profissional. Uberaba, 2014.

Ideia Central	Categoria profissional										Total
	ACS	ACD	Assist. Soc.	Dent.	Enf.	Fisiot.	Méd.	Psic.	Téc. Enf.		
O grupo como instrumento para empoderamento e qualidade de vida	18	2	3	6	13	1	2	5	4	54	
O grupo como espaço de socialização	7	1	0	3	5	0	2	3	0	21	
Condições para a criação do grupo	9	0	2	3	8	1	0	4	3	30	
Temas a serem trabalhados em grupos com idosos	9	1	1	7	6	0	3	0	1	28	
Estímulo e aprendizagem na criação de grupos para idosos	14	2	2	7	9	0	2	5	1	42	
EPS como promotora de reflexão da prática	2	0	1	3	4	1	1	0	1	13	
Utilização dos conhecimentos para outros grupos	2	0	1	0	1	0	0	0	2	6	
Aplicações da EPS na realidade	20	2	3	9	15	1	3	5	4	62	
Sugestões de melhoria	2	0	0	1	2	0	0	1	0	6	

Para a primeira pergunta “Você acredita que os grupos de educação em saúde podem interferir na vida do idoso? Como?” os profissionais apontaram que os grupos de educação em saúde influenciam a vida do idoso tanto por caracterizarem-se como oportunidades para melhora do autocuidado por meio da discussão de informações em saúde, como por funcionar

como um momento de socialização, em que o idoso interage com outras pessoas rompendo a situação de isolamento que muitos vivem. As ideias centrais identificadas junto com os respectivos DSC referente a pergunta estão explicitadas no Quadro 2.

Quadro 2 - Discurso do Sujeito Coletivo em relação a influência do grupo de educação em saúde na vida dos idosos. Uberaba, 2014.

Ideia Central 1	Discurso do Sujeito Coletivo 1
O grupo como instrumento para empoderamento e qualidade de vida	<i>Para mim o grupo de educação em saúde é o combustível que impulsiona o idoso a ter uma vida com mais qualidade apesar de tudo. Desde o momento que começam a participar eles se envolvem e sentem vontade de ter um esforço para ter uma melhora em sua saúde e sua vida. (O grupo) ajuda a orientação, a prevenção de doenças, a melhoria na qualidade de vida através da educação. Pode facilitar a mudança de hábitos. A maioria dos idosos não teve as oportunidades que atualmente têm. Os grupos da terceira idade oferecem temas importantes para sua saúde e prevenção, através de informações que ofereçam qualidade de vida e desenvolvam independência. Levando (o idoso) a rever seus conceitos sobre hábitos de saúde e auto-cuidado, de maneira que possam mostrar o quanto a boa alimentação (alimentação saudável) é bom para sua saúde, podendo ajudar a manter a medicação correta (horários certos), orientando em relação a exames rotineiros e exercícios físicos. Torna (o idoso) mais preparado e esclarecido para lidar com as patologias, bem como evitá-las; melhorar hábitos, atividades lúdicas, lazer, discutindo com eles seus problemas, dificuldades, bem como assuntos diversos de interesse deles que podem interferir na qualidade de vida dos mesmos. É um instrumento para a qualidade de vida.</i>
Ideia Central 2	Discurso do Sujeito Coletivo 2
O grupo como espaço de socialização	<i>Os grupos possuem uma forte interferência na vida dos idosos, pois é no momento do grupo que muitos deles têm a chance de socializar. E também fortalece os vínculos da comunidade e entre o idoso e a equipe de saúde. (O grupo) ajuda no bem estar do idoso e satisfação em se sentir útil. Traz um sentido na vida dele, que passa a fazer outras coisas que ele não fazia antes, principalmente pela socialização, convívio com pessoas similares e até mais novas, com troca de experiências, identificação das queixas e sentimentos, informação, esclarecimento, compartilhar conhecimentos e experiências, mostrando a ele que não se tornou um “inválido”, que ainda há muito que aprender e ensinar. Também ajuda os idosos a serem mais felizes, porque eles acabam se divertindo com os participantes do grupo.</i>

Na segunda pergunta “Quais itens devem ser considerados para a criação de um grupo de educação em saúde para idosos?” foram citados pelos profissionais as condições de suporte exigidas para a criação de um grupo, como espaço físico adequado e profissionais interessados e disponíveis. Eles também citaram quais assuntos julgam ser mais importantes para esse trabalho com a população idosa. Os DSC são apresentados no quadro 3.

Quadro 3 - Discurso do Sujeito Coletivo quanto aos itens necessários para a criação de grupos de educação em saúde com idosos. Uberaba, 2014.

Ideia Central 3	Discurso do Sujeito Coletivo 3
Condições para a criação do grupo	<i>Um dos itens importantes para a criação do grupo de educação em saúde para idosos é o conhecimento da população alvo. Fazer uma procura ativa e observar as necessidades dos idosos para apontar os problemas, a probabilidade de certas doenças ocorrerem dentre outros para se trabalhar, além de buscar com os próprios</i>

	<i>participantes o que eles buscam com a participação nos grupos. (É necessário) um bom lugar com fácil acesso a todos, disponibilidade dos profissionais, parcerias, motivação da equipe e usuários, profissionais interessados que usem e abusem da criatividade, objetivo claro do grupo, divulgação com panfletos, fazer reuniões atrativas para adesão ao grupo, temas interessantes, expressão facial de carinho, ensinar o grupo a criar caminhos para que os idosos sintam bem estar.</i>
Ideia Central 4	Discurso do Sujeito Coletivo 4
Temas a serem trabalhados em grupos com idosos	<i>Acho importante a criação do grupo para orientar este idoso sobre o processo de envelhecimento, seus direitos, saúde em termos gerais, tais como: as ocorrências advindas da hipertensão, sedentarismo, saúde mental, hábitos saudáveis; percepção do próprio estado de saúde; doenças crônico-degenerativas; dificuldade de adesão aos tratamentos; atividades físicas e seus benefícios; alimentação e nutrição; terapia medicamentosa: riscos e benefícios; psicoterapia; terapias alternativas; bem estar, conceito ampliado de saúde, atividades lúdicas. É importante trabalhar autocuidado e autoconhecimento. Esclarecimento sobre doenças, melhoria da qualidade de vida; hábitos, socialização, sexualidade, controle da hipertensão e diabetes e outras doenças, campanhas educativas periódicas, com abordagem em fatores de risco, atividades em lazer individual e comunitário, importância da prevenção e promoção da saúde.</i>

Em relação a pergunta “Você considera essa capacitação facilitadora para criação e manejo de grupos de educação em saúde com idosos? Justifique” verificou-se que os profissionais consideraram que a ação educativa forneceu subsídios para a criação de novos grupos com idosos, além de proporcionar espaço de reflexão da prática, viabilizando possíveis alterações no modo de operação dos grupos atuais, tanto para idosos como para outros públicos. Para essa questão foram elaborados três DSC que são apresentados no quadro 4.

Quadro 4 - Discursos do Sujeito Coletivo relativos a EPS como facilitadora para o manejo de grupos de idosos e outros ciclos de vida. Uberaba, 2014.

Ideia Central 5	Discurso do Sujeito Coletivo 5
Estímulo e aprendizagem na criação de grupos para idosos	<i>Essa capacitação nos instrumentalizou para que seja possível a implementação de grupos de educação em saúde. Desperta o interesse para essa faixa etária, estimula o envolvimento dos participantes da equipe a um questionamento sobre a importância de um olhar diferenciado ao cuidado do idoso. Aprendemos várias formas de abordar um idoso, como lidar com eles, sobre alimentação, lidar com doenças que são mais constantes na idade deles. Os temas foram ótimos pois são temas que naturalmente fazem parte da vida do indivíduo, trazem informações, dinâmicas, além de estimular o profissional para inovar e criar no grupo. Esclareceu algumas dúvidas e trocamos algumas experiências facilitando alguns assuntos que podemos discutir com o idoso, como sexualidade. Adquiri mais conhecimentos sobre técnicas a serem usadas nos grupos.</i>
Ideia Central 6	Discurso do Sujeito Coletivo 6
EPS como promotora de reflexão da prática	<i>Este curso foi muito enriquecedor, estamos interagindo com outras pessoas, abriu portas para trocas de experiências de uma unidade para outra, e novas idéias. Foi um momento de reflexão para as equipes, possibilitando uma mudança de comportamento em nosso trabalho. Às vezes, ficamos sem saber como reagir em determinadas situações-problema que nos apresentam e ficamos então em um estado letárgico que nos impede de provocar as mudanças desejáveis. Este curso promoveu uma "chacoalhada" nos nossos pensamentos, possibilitando o desenvolvimento de novas idéias para solucionar velhos problemas recorrentes. Proporcionou momentos de saída da rotina e reflexão sobre nossas atividades. Mostra uma realidade que nós</i>

	<i>temos capacidade para desenvolver, basta querer, ter um tempo para se organizar, desempenhar e todos se unirem.</i>
Ideia Central 7	Discurso do Sujeito Coletivo 7
Utilização dos conhecimentos para outros grupos	<i>São técnicas apropriadas para capacitar não só o idoso, mas de forma geral, tanto idoso como gestantes, crianças, adolescentes. As técnicas aqui usadas são simples, baratas e envolventes. Basta selecionar o público que se interessa. Nos orientou a reorganizar os grupos, planejar e avaliar os grupos já existentes. Podemos melhorar nossas ações e incentivar nossos usuários para participarem de grupos diversos.</i>

Em relação a pergunta “Em síntese o que você considera que foi trabalho nessa capacitação que pode ser aplicado à sua realidade?” as respostas obtidas foram bastante homogêneas, citando assuntos diversos que foram trabalhados na ação educativa, por isso as respostas foram agrupadas em apenas duas IC, já que nessa questão além de apontarem possíveis aplicações à realidade, alguns participantes fizeram sugestões de melhoria/observações em relação a ação desenvolvida. Os DSC e respectivas IC estão explicitadas no Quadro 5.

Quadro 5. - Discurso do Sujeito Coletivo relativo as possíveis aplicações da EPS à realidade dos participantes e sugestões de melhoria para a ação desenvolvida. Uberaba, 2014.

Ideia Central 8	Discurso do Sujeito Coletivo 8
Aplicações da EPS na realidade	<i>Primeiramente a atenção direta ao idoso, como abordá-los e fazer o melhor para eles, ensinando e sabendo lidar com o idoso, desenvolver temas para grupos da terceira idade. Percebemos que todas (participantes) da capacitação têm condições de desenvolver temas, assuntos para o idoso. Foram vários exemplos que utilizaremos em nossas unidades com certeza. Tudo foi importante, basta fazer, passar para a equipe e unir forças, organizar e fazer acontecer. Todos os temas citados são de grande importância e podem ser aplicados à realidade, pois há muitos idosos em situações semelhantes a tudo que foi discutido. Todo conteúdo foi de importância para minha prática. As técnicas abordadas em geral podem ser trabalhadas e adaptadas à realidade em que estamos inseridos buscando a transformação da realidade em que nossos idosos estão acostumados, para trabalhar promoção da saúde e prevenção de doenças; como organizar os medicamentos para idosos; apresentação e confecção dos trabalhos manuais; introdução da homeopatia na saúde da família, com protocolo para estimular os médicos a trabalharem com essa alternativa; a ouvir; a sorrir; gentileza; autoestima; socialização. A questão da educação e respeito. As técnicas apresentadas e sugeridas no material fornecido, às experiências de outros grupos que já tendo grupos de idosos atuantes trouxeram informações e receitas de sucesso na implantação, continuidade e na criatividade ao enfrentar algumas situações.</i>
Ideia Central 9	Discurso do Sujeito Coletivo 9
Sugestões de melhoria	<i>Somente acho que é necessário um tempo maior para esses temas serem trabalhados. Num primeiro momento achei que abordaria inúmeros temas que pudéssemos trabalhar e que pontos abordar. Nossos grupos funcionam durante todo o ano, por isso os temas propostos foram poucos. Senti falta de um momento de troca de experiência entre as unidades e equipes. Tivemos dificuldades para apresentar algum trabalho devido a tempo curto, talvez pudesse fazer (os alunos) uma única apresentação.</i>

Para complementar a avaliação da ação de EPS e buscar identificar se a atividade influenciou de alguma forma a assistência prestada pelos profissionais, após 120 dias do término da atividade educativa foi realizada uma nova avaliação, respondida por 86 egressos.

As escalas utilizadas “Impacto do treinamento no trabalho” e “Suporte à transferência do treinamento” apresentaram consistência interna satisfatória, com coeficientes Alpha de Cronbach de 0,876 e 0,864 respectivamente, demonstrando que a estrutura original do instrumento manteve-se na população deste estudo.

Em relação à avaliação utilizando a escala de impacto do treinamento, foi observado impacto positivo do treinamento, em uma escala de 1 a 5, o impacto médio foi de 3,83 (DP=0,51). Em relação ao suporte à transferência do treinamento os resultados também foram positivos, entretanto com médias entre 2,45 a 3,05, mais baixas quando comparadas ao impacto do treinamento no trabalho. O resultado mais baixo foi em relação ao suporte material, com média de 2,45 (DP=0,76), com valores variando de 1,00 a 4,50. Todas as médias apresentaram baixo desvio-padrão, indicando homogeneidade das respostas. Os dados são apresentados na tabela 9.

Tabela 9 - Medidas-resumo do impacto e suporte referente a ação de EPS, após 120 dias da atividade educativa. Uberaba, 2014.

Impacto/Suporte	Média	Desvio-Padrão	Mínimo	Mediana	Máximo
Impacto do treinamento no trabalho	3,83	0,51	2,25	3,75	5,00
Fatores situacionais de apoio	2,87	0,57	1,56	2,78	4,22
Consequências associadas ao uso das novas habilidades	3,05	0,55	1,57	3,00	4,43
Suporte Material	2,45	0,76	1,00	2,33	4,50

Quanto ao instrumento relativo ao impacto do treinamento no trabalho, observa-se que grande parte dos participantes concordou com a afirmativa de que eles têm aproveitado as oportunidades para colocar em prática o que foi ensinado na capacitação (90,7%), e que a qualidade do trabalho melhorou nas atividades diretamente relacionadas ao conteúdo da capacitação (84,9%). O resultado mais baixo referiu-se a assertiva 5 que trata da execução do trabalho com maior rapidez quando as novas habilidades são executadas, item em que 11,7% discordaram da afirmação, conforme dados da tabela 10.

Tabela 10 - Distribuição das respostas obtidas na escala “Impacto do Treinamento no Trabalho”, após 120 dias da atividade educativa. Uberaba, 2014.

	Concordo totalmente	Concordo	Não concordo, nem discordo	Discordo um pouco	Discordo totalmente
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
1. Utilizo, com frequência, em meu trabalho atual, o que foi ensinado na capacitação.	10 (11,6)	53 (61,6)	17 (19,8)	5 (5,8)	1 (1,2)
2. Aproveito as oportunidades que tenho para colocar em prática o que me foi ensinado na capacitação.	22 (25,6)	56 (65,1)	7 (8,1)	1 (1,2)	0 (0,0)
3. As habilidades que aprendi no treinamento fizeram com que eu cometesse menos erros em meu trabalho em atividades relacionadas ao conteúdo da capacitação.	24 (27,9)	47 (54,7)	11 (12,8)	4 (4,7)	0 (0,0)
4. Recordo-me bem dos conteúdos ensinados na capacitação.	19 (22,1)	50 (58,1)	10 (11,6)	7 (8,1)	0 (0,0)
5. Quando aplico o que aprendi na capacitação, executo meu trabalho com maior rapidez.	16 (18,6)	36 (41,9)	24 (27,9)	9 (10,5)	1 (1,2)
6. A qualidade do meu trabalho melhorou nas atividades diretamente relacionadas ao conteúdo da capacitação.	14 (16,3)	59 (68,6)	11 (12,8)	1 (1,2)	1 (1,2)
7. A qualidade do meu trabalho melhorou mesmo naquelas atividades que não pareciam estar relacionadas ao conteúdo da capacitação.	11 (12,8)	47 (54,7)	23 (26,7)	4 (4,7)	1 (1,2)
8. Minha participação na capacitação serviu para aumentar minha motivação para o trabalho.	18 (20,9)	45 (52,3)	21 (24,4)	2 (2,3)	0 (0,0)
9. Minha participação nessa capacitação aumentou minha autoconfiança (Agora tenho mais confiança na minha capacidade de executar meu trabalho com sucesso).	17 (19,8)	38 (44,2)	26 (30,2)	5 (5,8)	0 (0,0)
10. Após minha participação na capacitação, tenho sugerido, com mais frequência, mudanças nas rotinas de trabalho.	9 (10,5)	40 (46,5)	30 (34,9)	7 (8,1)	0 (0,0)
11. Essa capacitação que fiz tornou-me mais receptivo a mudanças no trabalho.	11 (12,8)	42 (48,8)	28 (32,6)	5 (5,8)	0 (0,0)

12. A capacitação que fiz beneficiou meus colegas de trabalho, que aprenderam comigo algumas novas habilidades.	11 (12,8)	40 (46,5)	29 (33,7)	5 (5,8)	1 (1,2)
---	-----------	-----------	-----------	---------	---------

Dentre os itens relacionados aos fatores situacionais de apoio verifica-se que 43% dos participantes afirmam que “sempre” ou “frequentemente” tiveram oportunidades de usar no trabalho o que aprenderam na capacitação. Por outro lado, os itens que tiveram resultados com mais respostas “raramente” ou “nunca ocorre” foram em sua maioria aquelas relacionadas à participação da chefia no trabalho (assertivas 6, 7 e 8).

Tabela 11 - Distribuição das respostas obtidas na seção “Suporte Psicossocial - Fatores Situacionais de Apoio”, após 120 dias da atividade educativa. Uberaba, 2014.

	Sempre ocorre	Frequente-mente	Algumas Vezes	Raramente	Nunca ocorre
	N(%)	N(%)	N(%)	N(%)	N(%)
1. Tenho tido oportunidades de usar no meu trabalho as habilidades que aprendi na capacitação.	8 (9,3)	29 (33,7)	41 (47,7)	7 (8,1)	1 (1,2)
2. Falta-me tempo para aplicar no trabalho o que aprendi na capacitação.	2 (2,3)	16(18,6)	49 (57,0)	14 (16,3)	5 (5,8)
3. Os objetivos de trabalho estabelecido pelo meu chefe encorajam-me a aplicar o que aprendi na capacitação.	4 (4,7)	17 (19,8)	41 (47,7)	21 (24,4)	3 (3,5)
4. Os prazos de trabalhos inviabilizam o uso das habilidades que eu aprendi na capacitação.	1 (1,2)	21 (24,4)	42 (48,8)	16 (18,6)	6 (7,0)
5. Tenho tido oportunidades de praticar habilidades importantes (recém-adquiridas na capacitação), mas, comumente, pouco usadas no trabalho.	2 (2,3)	13 (15,1)	49 (57,0)	17 (19,8)	5 (5,8)
6. Os obstáculos e dificuldades associados à aplicação das novas habilidades que adquiri na capacitação são identificados e removidos por meu chefe.	4 (4,7)	9 (10,5)	25 (29,1)	33 (38,4)	15 (17,4)
7. Tenho sido encorajado por minha chefia imediata a aplicar, no meu trabalho, o que aprendi na capacitação.	4 (4,7)	17 (19,8)	20 (23,3)	34 (39,5)	11 (12,8)
8. Meu chefe imediato tem criado oportunidades para planejar comigo o uso das novas habilidades.	6 (7,0)	13 (15,1)	20 (23,3)	34 (39,5)	13 (15,1)
9. Eu recebo as informações necessárias à correta aplicação das novas habilidades no meu trabalho.	2 (2,3)	16 (18,6)	33 (38,4)	27 (31,4)	8 (9,3)

Os achados referentes às consequências associadas ao uso das novas habilidades mostram que as sugestões dos profissionais sobre a capacitação foram levadas em consideração no ambiente de trabalho, sendo que 47,6% relatam que tal fato ocorre “sempre” ou “frequentemente”. Destaca-se também que 41,9% referem que “sempre” ou “frequentemente” os colegas mais experientes apoiam as tentativas de usar no trabalho o que foi aprendido na capacitação. Por outro lado, 80,2% afirmam que “raramente” ou “nunca” são advertidos ao cometerem erros referentes às habilidades aprendidas na capacitação, conforme tabela 12.

Tabela 12 - Distribuição das respostas obtidas na seção “Suporte Psicossocial - Consequências Associadas ao Uso das Novas Habilidades”, após 120 dias da atividade educativa. Uberaba, 2014.

	Sempre ocorre	Frequente -mente	Algumas Veze	Raramen- te	Nunca ocorre
	N(%)	N(%)	N(%)	N(%)	N(%)
10. Em meu ambiente de trabalho, minhas sugestões, em relação ao que foi ensinado na capacitação, são levadas em consideração.	10 (11,6)	31 (36,0)	34 (39,5)	9 (10,5)	2 (2,3)
11. Meus colegas mais experientes apoiam as tentativas que faço de usar no trabalho o que aprendi na capacitação.	9 (10,5)	27 (31,4)	36 (41,9)	10 (11,6)	4 (4,7)
12. Aqui, passam despercebidas minhas tentativas de aplicar no trabalho as novas habilidades que aprendi na capacitação.	1 (1,2)	12 (14,0)	32 (37,2)	24 (27,9)	17 (19,8)
13. Minha organização (unidade de trabalho) ressalta mais os aspectos negativos (ex.: lentidão, dúvidas) do que os positivos em relação ao uso das novas habilidades.	2 (2,3)	6 (7,0)	27 (31,4)	36 (41,9)	15 (17,4)
14. Tenho recebido elogios quando aplico corretamente no trabalho as novas habilidades que aprendi.	7 (8,1)	15 (17,4)	34 (39,5)	19 (22,1)	11 (12,8)
15. Quando tenho dificuldades em aplicar eficazmente as novas habilidades, recebo orientações sobre como fazê-lo.	2 (2,3)	17 (19,8)	29 (33,7)	28 (32,6)	10 (11,6)
16. Chamam minha atenção quando cometo erros ao utilizar as habilidades que adquiri na capacitação.	1 (1,2)	7 (8,1)	9 (10,5)	30 (34,9)	39 (45,3)

Em relação ao suporte material recebido pelos profissionais, observa-se que 27,9% dos participantes referiram que “sempre” ou “frequentemente” os materiais utilizados estão em

boas condições de uso. Entretanto, ressalta-se que 65,2% apontaram que “raramente” ou “nunca” a organização forneceu os recursos materiais necessários ao bom uso no trabalho das habilidades aprendidas na capacitação, e 75,6% referiu que a organização “raramente” ou “nunca” fornece suporte financeiro extra necessário ao uso das novas habilidades aprendidas na capacitação, conforme tabela 13.

Tabela 13 - Distribuição das respostas obtidas na seção “Suporte Material”, após 120 dias da atividade educativa. Uberaba, 2014.

	Sempre ocorre	Frequente -mente	Algumas Vezes	Raramen- te	Nunca ocorre
	N(%)	N(%)	N(%)	N(%)	N(%)
17. Minha organização (unidade de trabalho) tem fornecido os recursos materiais (equipamentos, materiais, mobiliário e similares) necessários ao bom uso, no trabalho, das habilidades que aprendi na capacitação.	5 (5,8)	12 (14,0)	13 (15,1)	36 (41,9)	20 (23,3)
18. Os móveis, materiais, equipamentos e similares têm estado disponíveis em quantidade suficiente à aplicação do que aprendi na capacitação.	3 (3,5)	12 (14,0)	16 (18,6)	34 (39,5)	21 (24,4)
19. Os materiais por mim utilizados estão em boas condições de uso.	3 (3,5)	21 (24,4)	34 (39,5)	23 (26,7)	5 (5,8)
20. As ferramentas de trabalho (computadores, máquinas e similares) são de qualidade compatível com o uso das novas habilidades.	1 (1,2)	14 (16,3)	28 (32,6)	32 (37,2)	11 (12,8)
21. O local onde trabalho, no que se refere ao espaço, mobiliário, iluminação, ventilação e/ou nível de ruído, é adequado à aplicação correta das habilidades que adquiri na capacitação.	2 (2,3)	19 (22,1)	27 (31,4)	26 (30,2)	12 (14,0)
22. Minha organização (unidade de trabalho) tem fornecido o suporte financeiro extra (ex.: chamadas telefônicas de longa distância, viagens ou similares) necessários ao uso das novas habilidades aprendidas na capacitação.	0 (0,0)	5 (5,8)	16 (18,6)	19 (22,1)	46 (53,5)

A análise da relação entre o impacto do treinamento no trabalho e o suporte a transferência do treinamento mostrou que houve uma correlação positiva significativa, porém fraca entre eles ($r=0,321$). Observa-se que, quando separados os fatores da escala de suporte,

o suporte material foi o que apresentou correlação mais alta com o impacto. Os dados são apresentados na tabela 14.

Tabela 14 - Correlação entre as escalas de impacto do treinamento no trabalho e suporte a transferência. Uberaba, 2014.

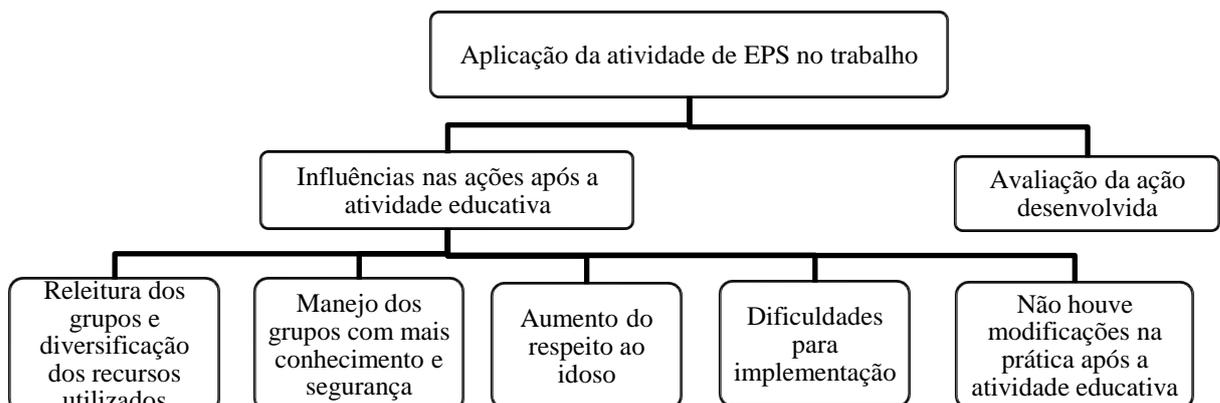
Impacto	Coeficiente de correlação	Suporte Psicossocial		Suporte Material	Suporte à transferência do treinamento
		Fatores situacionais	Consequências associadas ao uso das novas habilidades		
Impacto do Treinamento no Trabalho	Coeficiente de correlação	0,203	0,143	0,426*	0,321*
	Valor p	0,060	0,188	0,000	0,003

* $p < 0,01$.

Além das escalas de impacto no trabalho e suporte a transferência de treinamento também foram feitas aos profissionais as seguintes perguntas: “Você considera que essa capacitação modificou de alguma forma as suas ações relacionadas à educação em saúde com idosos? Se sim, como?” e “Existe algo que você aprendeu na capacitação e, até esse momento, utilizou no seu trabalho?”. Ao final do instrumento foi deixado um espaço em branco para “Observações/Sugestões” e algumas pessoas utilizaram este espaço para realizar uma avaliação espontânea sobre a atividade educativa.

Ressalta-se que, em virtude da semelhança de respostas para as duas questões, bem como para os comentários que foram colocados em “observações/sugestões” todas as respostas foram analisadas em conjunto, dando origem a seis Ideias Centrais. Segue abaixo a figura 5 que apresenta a síntese das IC.

Figura 5 - Síntese das IC encontradas nos discursos dos participantes referente aos efeitos da ação de EPS no trabalho, após 120 dias da atividade educativa. Uberaba, 2014.



A figura 6 retrata o compartilhamento das ideias centrais alcançadas nos discursos dos 86 profissionais pesquisados.

Figura 6 - Compartilhamento das ideias centrais referentes aos efeitos da ação de EPS no trabalho, após 120 dias da atividade educativa. Uberaba, 2014.

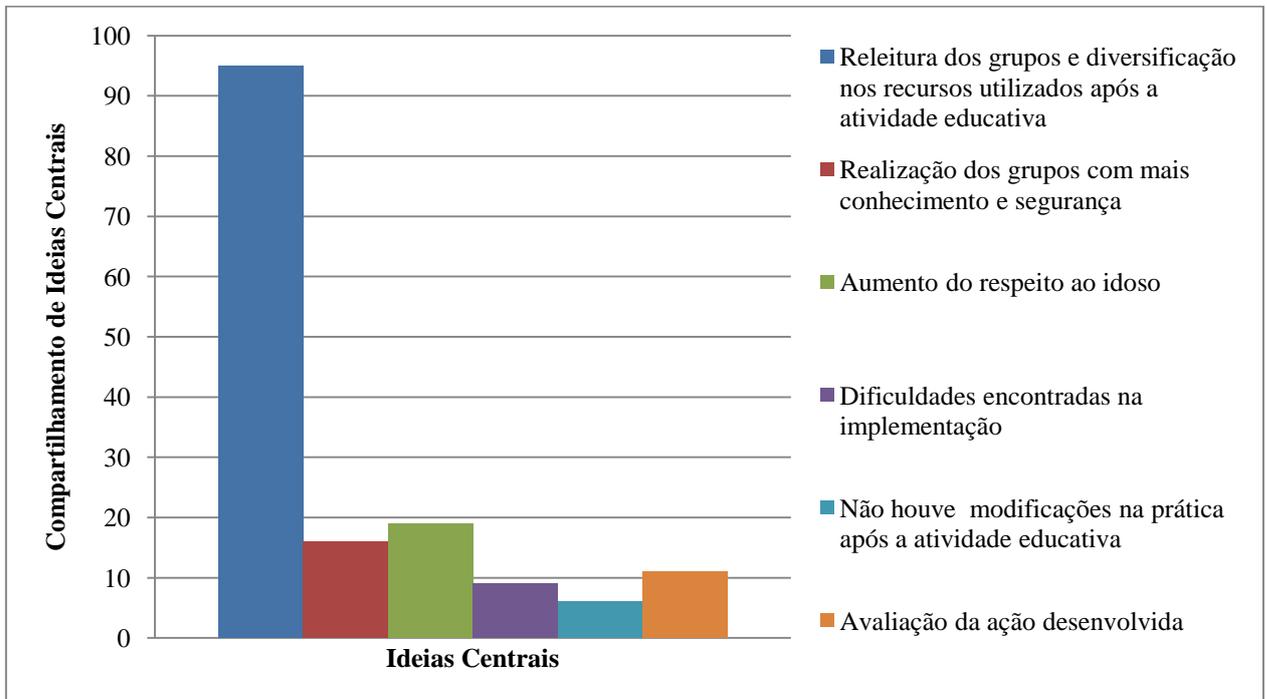


Tabela 15 - Distribuição das ideias centrais referentes aos efeitos da ação de EPS no trabalho, após 120 dias da atividade educativa, por categoria profissional. Uberaba, 2014.

Ideia Central	Categoria Profissional										Total
	ACS	ASB	Assist. Soc	Dent.	Enf.	Fisiot.	Méd.	Psic.	Téc. Enf.	Gerente	
Releitura dos grupos e diversificação nos recursos utilizados após a atividade educativa	16	4	8	14	32	2	8	6	3	2	95
Realização dos grupos com mais conhecimento e segurança	5	0	0	1	5	0	1	1	2	1	16
Aumento do respeito ao idoso	11	2	0	1	4	0	0	0	0	1	19
Dificuldades encontradas na implementação	3	0	0	2	2	0	0	1	1	0	9
Não houve modificações na prática após a atividade educativa	0	0	0	3	1	0	1	1	0	0	6
Avaliação da ação desenvolvida	1	3	0	2	3	0	0	0	1	1	11

Percebe-se por meio dos DSC que, após 120 dias da ação de EPS, a maioria dos profissionais reconhece que a atividade promoveu alguma mudança em sua prática. A influência mais citada (com 95 ECH) foi a relacionada à releitura dos grupos já executados, com ampliação dos métodos de abordagem utilizados nesses grupos. Ressalta-se que a categoria profissional que mais contribuiu com essa IC foi a de enfermeiros, que, como apontado na fase inicial deste estudo, geralmente são os profissionais responsáveis pelos grupos.

Merece destaque também a IC “Aumento do respeito ao idoso” evidenciando que por meio da ação educativa os profissionais, sobretudo os ACS, desenvolveram um outro olhar à pessoa idosa, reconhecendo a necessidade de uma atenção diferenciada a essa população.

Foram apontadas também por alguns participantes dificuldades encontradas no dia a dia, e que muitas vezes criam obstáculos para a aplicação na prática do que foi discutido na ação de EPS.

A IC “Não houve modificações na prática após a atividade educativa”, composta por 6 ECH, apresenta a opinião de profissionais que relatam que a ação desenvolvida não teve como resultado qualquer tipo de modificação em suas práticas, apenas reafirmou-as, levando esses profissionais a reconhecerem que já realizavam os grupos de acordo com a atividade de EPS desenvolvida.

As ideias centrais identificadas, junto com os respectivos DSC estão explicitadas no Quadro 6.

Quadro 6 - Discursos do Sujeito Coletivo referentes aos efeitos da ação de EPS no trabalho, após 120 dias da atividade educativa. Uberaba, 2014.

Ideia Central 10	Discurso do Sujeito Coletivo 10
<p>Releitura dos grupos e diversificação nos recursos utilizados após a atividade educativa</p>	<p><i>Através do curso pude perceber a necessidade de ouvirmos e utilizarmos as experiências e vivências dos idosos que participam de nossos grupos como atrativo para que estes se interessem e compreendam as informações que queremos passar durante as atividades. Mostrou-me novas estratégias lúdicas que permitem ter mais sucesso no aprendizado por parte dos idosos com os quais lido, a abordagem junto ao paciente ficou mais dinâmica. A capacitação mostrou que a equipe pode realizar/proporcionar um momento prazeroso dentro da unidade sem focar exclusivamente na doença – patologia dos usuários, tornando os grupos de educação em saúde mais participativos. A capacitação me deixou mais motivada, principalmente em relação aos outros profissionais, esclarecendo e capacitando para que outras pessoas da equipe também participem (não apenas o psicólogo ou um ou outro profissional da saúde). Proporciona uma releitura das abordagens que já eram utilizadas. Estou com outra visão de trabalho, os usuários também estão mais envolvidos no grupo, eles estão mais ativos, mais freqüentes, e o nosso grupo aumentou muito a quantidade de participantes uma vez no mês. Isto se tornou gratificante para nossa equipe. Como alterei (mudei) de unidade estamos iniciando um grupo operacional - envelhecer saudável e um propósito de utilizar das técnicas que aprendi. Com certeza o olhar se torna diferente após o curso. A capacitação me</i></p>

	<i>ajudou a organizar as idéias na hora de desenvolver as dinâmicas em grupo, otimizando assim os resultados, conhecendo melhor as abordagens e estratégias meu trabalho foi facilitado. Percebi que posso usar de diferentes técnicas para motivar o grupo, gerando novos conhecimentos, permitindo o aprimoramento da prática. Nos grupos de hipertensos e diabéticos a abordagem do paciente ficou mais fácil, em especial poder sugerir mudanças de hábitos com trocas que para eles tenham significado e não apenas obrigação, (utilizar o) saber popular como “gancho” para algumas mudanças. Mas, o mais importante mesmo é o reforço sobre a necessidade de escuta qualificada e de promover um maior dinamismo nos grupos.</i>
Ideia Central 11	Discurso do Sujeito Coletivo 11
Realização dos grupos com mais conhecimento e segurança	<i>Minha participação na capacitação serviu para aumentar minha motivação e autoconfiança para melhor realização do meu trabalho. Estou mais confiante e mais capacitado para realizar trabalhos em grupo. Melhorou a confiança para executar técnicas para atividade em educação em saúde, conhecimento de habilidades técnicas para aplicar nos grupos, embasamento teórico para práticas mais seguras. Aprendi a ter mais envolvimento com o grupo, deixando-os bem a vontade, como lidar com os idosos, a forma de abordar o idoso quanto à sua saúde e de mostrar alternativas que possam motivá-lo a cuidar da sua saúde melhor. Sugeri algumas idéias para tentar montar grupos na unidade.</i>
Ideia Central 12	Discurso do Sujeito Coletivo 12
Aumento do respeito ao idoso	<i>Aprendi a perceber o idoso como uma pessoa no pleno gozo de suas vontades, que deve ser incentivado a ter sua independência tanto quanto possível, e não ficar apenas subordinado às decisões dos cuidadores, que devem lidar com as limitações do idoso de forma a respeitar suas vontades e sua individualidade enquanto ser humano. Agora tenho mais atitudes para atender ao idoso, palavras certas e paciência, o jeito de conduzir o idoso, de conversar e a expressão, agora tento me colocar sempre no lugar do idoso, avaliando sempre suas deficiências e limites. Aprendi que o idoso tem sua rotina limitada e manias, as quais às vezes é difícil mudá-las do dia para a noite. E que é preciso respeitar seu espaço e estilo de vida. Elaborar atividades considerando as limitações dos idosos. Acima de tudo a ter muito mais paciência e respeitar os limites de pessoas mais velhas que eu não tinha tanta paciência e o curso me conscientizou muito e fico feliz por isso.</i>
Ideia Central 13	Discurso do Sujeito Coletivo 13
Dificuldades encontradas na implementação	<i>Considero que a capacitação modificou positivamente minha visão em relação ao trabalho, sobre como lidar com as situações no atendimento a idosos. Apesar disso, colocar em prática tais ações ainda é complicado devido a limitações do sistema e resistência de várias variáveis. Sinto dificuldade dos demais da equipe em aderir novos conhecimentos para serem aplicados na nossa prática diária. Existe uma acomodação e resistência por uma grande parte dos profissionais de saúde. Falta união na hora de realizar as atividades propostas para a equipe. Aprendi muito com o curso, mas não ponho em prática, pois infelizmente não depende só da minha pessoa. A capacitação não modificou minhas ações pois na unidade a qual trabalho, no momento atual, é inviável a formação de grupos, devido ao local distante e não há transporte que possa levar os profissionais até onde os idosos estão e vice-versa. Todos os materiais que precisamos para realizar grupos operativos, como por exemplo bilhetes informativos, ilustrações, materiais decorativos, vídeos, brindes, e o próprio material educativo não são fornecidos pela SMS (Secretaria Municipal de Saúde), e sim, por nossa conta. Não temos nenhum tipo de apoio estrutural, financeiro, entre outros. (A capacitação) foi importante, mas às vezes a aplicação complica-se devido a falhas de espaço e materiais necessários.</i>
Ideia Central 14	Discurso do Sujeito Coletivo 14
Não houve modificações na prática após a atividade educativa	<i>A capacitação não modificou minhas ações, pois já realizávamos o grupo com muito sucesso. Acho que reforçou aquilo que sempre acreditei e completou algumas lacunas. Fiquei mais estimulada ao perceber que era o que fazia e que estava no caminho certo.</i>

Ideia Central 15	Discurso do Sujeito Coletivo 15
Avaliação da ação desenvolvida	<p><i>Quero nesta oportunidade parabenizá-los pela capacitação que nos foi dada. Muito bom o curso, bem elaborado. Excelente capacitação que deve ser encorajada a ser repetida, pois mesmo com tantas dificuldades, conseguimos aplicar algumas coisas que absorvemos. É necessário insistir para que consigamos sensibilizar o sistema a respeito da necessidade de implantar estas mudanças. Foi muito válido a capacitação feita durante um mês. Inicialmente o grupo teve problemas quanto à motivação e responsabilidades dos profissionais envolvidos. E sem a motivação destes não há usuário para a ação. Mas toda essa crise foi contornada pelos responsáveis/coordenadoras da capacitação de forma clara, participativa e com muito diálogo. A capacitação foi muito importante, precisamos de mais. Gostei da capacitação da forma como aconteceu. Sugestão: que todos os profissionais da equipe possam participar em outras ocasiões. Para os profissionais que participam de grupos com os idosos, acho que foi muito proveitoso.</i></p>

7 DISCUSSÃO

O estudo das características dos profissionais envolvidos no setor saúde, sobretudo na APS, pode contribuir para a definição de prioridades e áreas de atuação adequadas às suas características de formação, bem como salientar as necessidades de ações educativas em serviço para o atendimento das demandas da população.

Desta maneira, nos resultados da primeira fase deste estudo, observa-se que o predomínio do sexo feminino é consoante a outras pesquisas na literatura. A feminização das profissões é uma das tendências da área da saúde e, por conseguinte, dos profissionais da atenção primária. As mudanças econômicas ocorridas no Brasil propiciaram a formação de um mercado de trabalho aberto para a mulher, principalmente no setor terciário da economia, fato que permitiu o seu avanço atual para outras instâncias e setores (TOMASI et al., 2008; PINTO; MENESES; VILLA, 2010; COSTA et al., 2013; MENDONÇA; NUNES, 2014).

Em relação a faixa etária, que neste estudo se concentrou entre 21 a 50 anos, com discreta predominância da faixa entre 41 a 50 anos, os resultados são semelhantes a outras pesquisas (COSTA et al., 2013; MENDONÇA; NUNES, 2014). Na investigação realizada por Tomasi e colaboradores (2008) a maior proporção de trabalhadores estava no grupo etário de 31 a 45 anos.

Em relação ao tempo médio de atuação na APS, observou-se uma discrepância entre os gerentes, que podem ser considerados recém-empregados e os profissionais, cuja maioria já trabalha no serviço entre 5 e 20 anos. Ressalta-se que, apesar da precariedade dos vínculos empregatícios ainda encontrados na APS, fato que condicionaria a alta rotatividade de trabalhadores, entre os princípios que orientam a APS estão incluídos a continuidade do cuidado e o estabelecimento de vínculo, aspectos que permitem o aprofundamento do processo de corresponsabilização pela saúde, além de carregar em si grande potencial terapêutico construído ao longo do tempo (TOMASI et al., 2008; PINTO; MENESES; VILLA, 2010; BRASIL, 2012).

Sobre a realização de algum curso de pós-graduação direcionado à saúde do idoso, apenas 18% afirmavam possuir tal formação. Este dado parece apontar para a necessidade de ações de educação permanente para a equipe multiprofissional direcionado aos assuntos que envolvam aspectos inerentes ao envelhecimento. Para além desta perspectiva, há que se ressaltar a necessidade de revisão das grades curriculares dos cursos de saúde, para que ofereçam subsídios tanto para os desafios das profissões, como para a condução de estratégias

educativas em saúde, com especial ênfase para o idoso, atentando-se ao processo de transição demográfica e epidemiológica que vive o país (BOLLELA; CASTRO, 2014).

Estudo realizado em Montes Claros-MG com profissionais de saúde de nível superior da ESF evidenciou que a maioria dos profissionais (79,3%) tinha pós-graduação concluída e 6,9% estavam cursando pós-graduação (COSTA et al., 2013). Em pesquisa realizada em um município de pequeno porte do centro-oeste mineiro observou-se que 100% dos enfermeiros entrevistados possuíam especialização em Gestão da Saúde da Família e um deles estava cursando mestrado (BARBOSA et al., 2010). Isso demonstra uma tendência de busca de melhor qualificação por meio de cursos de especialização na área da saúde.

Quanto aos grupos de educação em saúde direcionados a população idosa, em estudo realizado com 25 enfermeiras da ESF de Santarém (PA/Brasil), 18,52% delas referiram realizar prática educativa com idosos (ASSUNÇÃO et al., 2013). Resultado semelhante foi encontrado por Roecker e Marcon (2011) que entrevistaram 20 enfermeiras da ESF no Paraná e apenas duas (10%) citaram ações coletivas direcionadas aos idosos. Estes resultados são inferiores ao encontrado neste estudo, em que 36,4% dos profissionais afirmaram possuir grupos de educação em saúde com idosos em suas unidades.

Destaca-se que o grupo mais citado pelos profissionais como presente nas unidades foi o hiperdia (97,3%), que em sua maioria também são constituídos por participantes idosos. Contudo, sabe-se que o referido grupo, embora tenha grande potencial para a educação em saúde, na prática geralmente é conduzido segundo o modelo biomédico, funcionando na maioria das vezes apenas como um agrupamento de pessoas que passam pelos mesmos procedimentos de rotina para controle da diabetes mellitus e hipertensão arterial, não tendo como foco o estabelecimento de vínculo entre os participantes e nem a resignificação de práticas com vistas ao empoderamento e a melhoria da qualidade de vida dos idosos.

Estudos realizados na área da atenção a saúde do idoso afirmam a necessidade de que os espaços de promoção da saúde para essa faixa etária considerem a pluralidade cultural que emerge das experiências contextuais, levando ao estímulo de reflexões acerca da resignificação de práticas, valores e atitudes (PINHEIRO; ALVARES; PIRES, 2012).

Dessa forma os grupos representam instrumentais metodológicos eficazes e capazes de viabilizar, por meio do vínculo entre os participantes e desses com os profissionais, a compreensão das situações de vida, saúde e doença, proporcionando a incorporação de importantes aspectos que sustentarão comportamentos para a promoção da saúde (MAFFACCIOLLI; LOPES, 2011).

Entretanto, os grupos de saúde são, na maioria das vezes, desprovidos de qualquer regularidade e altamente dependentes dos microambientes. A realização ou não destes grupos está diretamente relacionada ao perfil dos profissionais, seus objetivos de trabalho e comprometimento com os princípios da ESF (MAFFACCIOLLI; LOPES, 2011).

Embora se saiba que são muitos os fatores que podem influenciar na condução e execução destas atividades, como sobrecarga de trabalho e escassez de recursos, esses não devem se configurar barreiras na efetivação de ações educativas em saúde (ROECKER; MARCON, 2011).

Outra perspectiva que pode dificultar a realização dos grupos está relacionada à existência de um juízo de valor para determinadas práticas de saúde em detrimento de outras, e nesse caso, os grupos podem ser considerados atividades secundárias, proporcionalmente sem importância diante das ações individuais ou burocráticas do serviço (MAFFACCIOLLI; LOPES, 2011).

Quanto à frequência de realização dos grupos, que neste estudo foi de 42,1% semanal e 28,9% mensal, outras pesquisas apresentaram bastante variação, sendo que a periodicidade mais citada foi também semanal e/ou mensal (BARBOSA et al., 2010; FIGUEIREDO; RODRIGUES NETO; LEITE, 2012; NOGUEIRA et. al., 2013).

O profissional responsável pelo grupo também diferiu de acordo com as diversas localidades de pesquisa. Em estudo realizado em Belo Horizonte-MG verificou-se que das 33 práticas educativas observadas nas UBS, 84,8% foram coordenadas por profissionais de saúde graduados e as demais por ACS e auxiliares de enfermagem (CARNEIRO et al., 2012). Em Montes Claros-MG, verificou-se que os profissionais de saúde responsáveis pela condução das práticas educativas eram o médico e o enfermeiro, com auxílio dos ACS (FIGUEIREDO; RODRIGUES NETO; LEITE, 2012). Em Porto Alegre verificou-se que a maioria dos grupos são realizados de forma inter/multidisciplinar (MAFFACCIOLLI; LOPES, 2011). Neste trabalho, das 78 respostas obtidas, o enfermeiro foi apontado como responsável em 41%. Cabe enfatizar que as ações de educação em saúde configuram-se como atribuições de todos os profissionais integrantes das equipes de saúde, conforme preconizado pela Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2012).

A temática abordada no grupo deve ser *à priori* sugerida pelo usuário e relacionada à promoção da saúde e prevenção de doenças (FIGUEIREDO; RODRIGUES NETO; LEITE, 2012). Nos dados ora investigados, das 143 respostas, observou-se maior proporção temática relacionada à atividade física (25,2%), alimentação (23,8%) e hábitos de vida (21%). Na literatura, os temas mais abordados nos grupos estiveram associados à prática corporal,

práticas de convivência e/ou relaxamento, atividades artísticas, programas específicos, programas correlacionados a fatores ambientais, fatores de risco, tratamento e complicações das doenças e necessidades ou alterações orgânicas dos usuários (CARNEIRO et al., 2012; FIGUEIREDO; RODRIGUES NETO; LEITE, 2012; CARDOSO et al., 2011).

Figueiredo, Rodrigues-Neto e Leite (2012) evidenciaram a não participação dos usuários na escolha das temáticas a serem trabalhadas, além da ausência de desenvolvimento de ações elaboradas de acordo com o perfil epidemiológico, que deveria ser trabalhado junto às necessidades expressas pelos sujeitos em sua vida diária. Nesta pesquisa, os profissionais definiram o tema em 46,1% das oportunidades e a proporção de abordagem dos temas sugeridos por idosos esteve na ordem de 30%.

Comumente se encontra na literatura o relato de que esses grupos ainda acontecem mantendo o modelo tradicional, com foco centrado na doença e na proposta curativa, evidenciando as fragilidades na realização das ações de educação em saúde e os desafios em se consolidar uma prática que promova a saúde (MENDONÇA; NUNES, 2014; FIGUEIREDO; RODRIGUES NETO; LEITE, 2012; CARNEIRO et al., 2012; CARDOSO et al., 2011; ROECKER; MARCON, 2011). Embora não tenha sido objeto de estudo desta pesquisa, também se torna de suma importância investigar de que forma os grupos de educação em saúde acontecem e quais os conceitos que fundamentam as ações dos coordenadores/facilitadores desses grupos.

Pertencer a um grupo educativo em saúde pode representar ao idoso um meio facilitador do exercício de independência e de autonomia, permeada por uma rede de apoio e socialização, entre os usuários e profissionais envolvidos. Além disso, tal estratégia consiste em uma importante alternativa para o alcance na promoção da saúde, com aprofundamento de discussões e ampliação de conhecimentos, propiciando aos envolvidos a superação de dificuldades, obtenção de maior autonomia e melhores condições de saúde e qualidade de vida (MAFFACCIOLLI; LOPES, 2011; MENDONÇA; NUNES, 2014; FIGUEIREDO; RODRIGUES NETO; LEITE, 2012).

Outro dado importante é que embora 44,9% dos profissionais afirmem ter recebido conhecimentos a respeito de grupos de educação em saúde em sua graduação, 64% relatam que esse conhecimento não é objeto de reflexão e atualização nas ações de educação permanente. Embora seja uma atribuição da equipe, observa-se que nem sempre os profissionais de saúde estão preparados para o desenvolvimento dos grupos, o que pode influenciar na realização ou não destes, bem como na maneira como eles são executados, evidenciando a necessidade de que esses profissionais participem de ações de educação

permanente relacionadas ao tema (ROECKER; MARCON, 2011; FIGUEIREDO; RODRIGUES NETO; LEITE, 2012; OLIVEIRA; WENDHAUSEN, 2014; FALKENBERG et al., 2014; FERNANDES; SILVA; SOARES, 2011; FERREIRA-NETO; KIND, 2010).

Investigação qualitativa com 30 idosos participantes de atividades educativas em grupo mostrou que muitos idosos destacaram que as informações recebidas eram restritas, referentes ao diagnóstico e ao tratamento, enquanto as dúvidas relatadas eram mais amplas e não esclarecidas, demonstrando que as práticas de educação em saúde oferecida às pessoas idosas necessitam serem revistas e aprofundadas (PASKULIN et al., 2012).

Merece destaque também a informação aferida neste estudo de que 60% dos gerentes afirmam participar do monitoramento das ações de educação em saúde, o que indica que o apoio dessa instância ainda precisa ser mais estimulado, sobretudo pelo nível central da gestão em saúde no município. A gerência pode se constituir num fator de interferência, e até de impedimento, para realização dos grupos de educação em saúde, visto que o gerente é um elemento fundamental para implantação de mudanças nos serviços de saúde tendo em vista sua destacada atuação tanto na organização do processo de trabalho como na gestão dos trabalhadores (ROECKER; MARCON, 2011; BAZZO-ROMAGNOLLI; GIMENEZ-CARVALHO; NUNES, 2014).

Em estudo realizado no Norte do Paraná se observou que 49 gerentes (54,4%) acompanhavam os grupos realizados nas unidades. Quando questionados sobre a participação em reuniões com a comunidade, 70% dos gerentes responderam que realizam a atividade. Como objetivo das reuniões com a comunidade, foi descrita a orientação sobre cuidados (28,9%), focadas principalmente nos grupos de pessoas com hipertensão, com diabetes, gestantes e idosos (OHIRA; CORDONI JUNIOR; NUNES, 2014).

Em relação à implementação da ação de EPS no estudo aqui referido, destaque-se que os encontros se davam da forma mais interativa possível e buscando quebrar modos tradicionais das práticas educativas com profissionais de saúde. O uso de círculo e trabalho com pequenos grupos foi a tônica. O posicionamento em círculo e os dispositivos de troca de informações e conhecimento favorecem a aprendizagem significativa, caracterizando mais um momento de busca contínua da melhoria da qualidade da assistência prestada pela sua ampla afinidade ao cotidiano dos trabalhadores e dos usuários (RODRIGUES; VIEIRA; TORRES, 2010).

Destaca-se que, excluindo-se os gerentes, dos 196 profissionais de saúde de nível superior atuantes na ESF/NASF de Uberaba, 55 (28,1%) participaram da ação educativa. Embora não tenha sido possível atingir todos os profissionais, a atividade obteve um bom

alcance de modo que os profissionais que participaram possam ser multiplicadores e compartilhar com seus colegas de trabalho o conteúdo abordado.

No que se refere às dificuldades da prática foram encontrados resultados similares aos do estudo de Nunes e colaboradores (2012), que investigou as experiências e opiniões dos ACS acerca das atividades educativas em saúde. Verificou-se que esses profissionais acreditam ser importante a participação dos usuários no planejamento e desenvolvimento dos encontros, procurando sempre discutir assuntos de interesse do grupo, bem como, que o primeiro encontro deve ser bastante atraente para adesão no grupo. As principais dificuldades mencionadas foram o local dos encontros, que muitas vezes é de propriedade particular e não da própria comunidade, limitando a participação de algumas pessoas por questões particulares; como fazer a divulgação; e como despertar o interesse dos usuários em participar do grupo.

Durante a atividade proposta foi observado uma maior dificuldade dos participantes em relação à última etapa do planejamento: a avaliação do grupo. Identificou-se que os participantes não conheciam quais instrumentos de avaliação existiam e como ou quando poderiam utilizá-los.

Como afirmam Motta, Caldas e Assis (2008), a avaliação dos encontros é de suma importância, pois permite um retorno ao grupo, com vistas a ajustes contínuos e tem-se a possibilidade de interpretar resultados e identificar o nível alcançado a partir dos objetivos iniciais.

Em um projeto de promoção da saúde realizado na Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ), a avaliação foi realizada de forma contínua e sistemática, sendo uma avaliação ao final de cada encontro e uma a cada semestre. No estudo, a avaliação junto aos idosos foi feita por meio de um instrumento aberto (um momento marcante, o que mudou em sua vida, o que você mudaria no grupo). Além do registro das respostas, foi realizado um grupo focal para discussão coletiva e qualificação dessas informações. Alguns dados dessa avaliação reforçam as razões da receptividade positiva dos idosos participantes de grupos de promoção da saúde (BERNARDO et al., 2009).

No que se refere às técnicas didático-pedagógicas tem-se como destaque a ludicidade das técnicas e o estímulo a reflexão promovidos pela atividade aqui apresentada.

As atividades lúdicas têm obtido grande importância no âmbito da saúde. São por meio das brincadeiras (dinâmicas de grupo ou individual), jogos, arte (pintura, colagem e teatro de fantoches), expressões corporais (esporte e dança) e musicoterapia que não só se

alivia o estresse, como se favorece o desenvolvimento dos vínculos afetivos e sociais, condições positivas para se viver em grupo (SERBIM et al., 2013).

Em estudo realizado na Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul uma equipe de residentes multiprofissionais acompanhou os encontros de um grupo de convivência de idosos de uma UBS por um ano, e no ano seguinte elaboraram um plano de oficinas para a promoção da saúde. No desenvolvimento de cada oficina, os residentes buscaram construir materiais didáticos que tivessem o propósito de ilustrar os temas abordados de forma lúdica e dinâmica, com vistas à melhor compreensão e maior participação dos idosos nas dinâmicas de grupo, resultando em fortalecimento de vínculo e promoção de aprendizado mútuo (SERBIM et al., 2013).

As dinâmicas e as técnicas pedagógicas oferecem oportunidades, não só de reflexão e aprofundamento de diferentes situações do dia-a-dia, mas também de criar uma prontidão para a ação e aprimorar o vínculo entre os profissionais e os usuários (SÃO PAULO, 2002).

Um aspecto bem enfatizado durante os encontros foi a adequação das técnicas, bem como, que a técnica sozinha pode pouco, se a participação, envolvimento e o estímulo ao interesse do idoso não for atingido.

Dependendo da metodologia e recursos utilizados, o processo pedagógico será facilitado ou dificultado. Por isso é importante que se busque sempre criar um ambiente democrático e dialógico, favorecendo uma visão mais ampla e crítica da realidade, dos problemas e situações vividas no cotidiano de trabalho ou familiar dos usuários e profissionais envolvidos (SÃO PAULO, 2002).

A utilização de técnicas pedagógicas e dinâmicas propiciam momentos de prazer, satisfação e alegria, mas certamente são momentos que devem ser vivenciados com extrema responsabilidade e conduzidos com segurança e comprometimento. Os objetivos que se pretende atingir devem estar muito bem definidos, a fim de não comprometer o encontro (SÃO PAULO, 2002). A exemplo disto, o não uso de materiais que possam causar acidentes.

Em relação às discussões sobre temáticas relacionadas à saúde de interesse para a população idosa, observou-se que, semelhante a um estudo realizado no interior do estado de São Paulo, os participantes consideraram importante o estímulo às atividades físicas e as de lazer para aumentar as possibilidades de um envelhecimento físico e cognitivo saudável, quando se trabalha a promoção da saúde de idosos (SANTOS; FORONI; CHAVES, 2009).

O trabalho com idoso prescinde de interesse e vínculo do profissional, o que se observou na ação de EPS, além de ampla troca de experiências. Como relatado em outro estudo, observou-se gradativamente um maior entrosamento do grupo e estabelecimento de

uma relação horizontal e dialógica entre participantes, profissionais convidados, docentes e mestrandos, facilitando e contribuindo para a troca de informações (RODRIGUES; VIEIRA; TORRES, 2010).

Quanto às discussões sobre os principais agravos que acometem as pessoas idosas tem-se como aspecto de destaque que por vezes os profissionais de saúde conhecem muito sobre uma patologia, mas pouco sobre o que ela representa no coletivo, além do quanto de custos sociais ela alcança, o que se observou neste trabalho.

A importância de conhecer dados epidemiológicos e se discutir sobre as principais causas de adoecimento entre os idosos se dá, pois, como citado por Veras (2012), os fatores de risco para a população idosa já foram identificados. Entretanto apenas isso não é suficiente, uma vez que é necessário saber utilizar esse conhecimento da forma correta. Por isso ao discutir na atividade os principais agravos de saúde na terceira idade a ênfase se deu na forma de abordagem ao idoso, e não na hipervalorização da patologia, como muitas vezes se vê nos cursos e consequentemente nas ações de educação em saúde.

Dessa forma buscou-se no último encontro da ação de EPS, sobretudo, a oportunidade de reflexão e discussão sobre as já conhecidas principais patologias, porém indo além dos referenciais teóricos e buscando compreender, com o auxílio dos profissionais convidados presentes, a representação desses agravos na realidade desses profissionais e a partir daí discutir sobre quais ações poderiam ser realizadas com os recursos existentes em nosso meio. Assim, tal como referido por Torres e colaboradores (2010), esses cursos mostram-se como uma via de mão dupla, caracterizada pela troca de experiência entre o serviço de saúde e a universidade, construindo conhecimentos que podem ser aplicados na realidade.

Em relação à terceira fase da pesquisa, que tratou da avaliação da ação implementada sob a ótica dos profissionais, logo após a atividade observou-se que o DSC 1 apresenta a ideia do grupo como instrumento para empoderamento e qualidade de vida como forma de interferência dos grupos de educação em saúde na vida do idoso. Expressa a percepção dos profissionais em relação à motivação dos idosos por revisão de estilos de vida na busca da qualidade de vida e ainda percebe essa prática como uma oportunidade que anteriormente não existia.

Esse discurso demonstra a possibilidade dos profissionais oferecerem e trabalharem junto aos idosos temas importantes para saúde e prevenção de doenças, levando o idoso a refletir sobre seus conceitos de saúde e de autocuidado. Na visão dos profissionais, o grupo faz com que o idoso tome consciência de sua saúde, promovendo o empoderamento por meio da percepção da possibilidade de atuar como agente modificador de sua saúde. Nesse sentido,

a educação em saúde proporciona ao indivíduo a capacidade de análise e de intervenção das pessoas sobre sua subjetividade e sobre seu modo de vida (DIAS; SILVEIRA; WITT, 2009).

Inseridos nesse mesmo discurso, também foram citados em quais aspectos se dá a interferência dos grupos, e que de forma geral, remontam a ideia de aumento na qualidade de vida. Corroborando a percepção dos profissionais que participaram da ação educativa, estudos demonstram que a utilização de atividades de educação em saúde em grupo podem contribuir para a valorização da vida, autocuidado, crescimento pessoal e busca ativa da saúde, favorecendo um envelhecimento ativo com maior qualidade de vida para os idosos (SERBIM et al., 2013; CAMPOS et al., 2012; COMBINATO et al., 2010).

Relacionado à forma de interferência na vida do idoso, o DSC2 tem como ideia principal o grupo como espaço de socialização. Aponta na visão dos profissionais o momento do grupo como possibilidade do idoso fortalecer vínculos com a comunidade e, sobretudo, sentir bem-estar. A vivência com outros idosos permite troca de experiências e compartilhamento de informações, de modo a aumentar os conhecimentos e, simultaneamente, despertar um sentimento de valorização.

Quando executado de forma participativa, no grupo, o idoso tem a oportunidade de expressar seus sentimentos e suas queixas, ganhando a atenção que muitas vezes não recebem em outras situações. Dessa forma, o grupo pode cumprir o objetivo de socializar, oferecendo oportunidades ao participante de elaborar novas estratégias para adequação de seu perfil ao meio em que vive e principalmente alternativas para as suas satisfações pessoais (DIAS; SILVEIRA; WITT, 2009).

No DSC 3 são destacados os principais itens de importância para criação dos grupos de educação em saúde. São enfatizados pelos participantes principalmente os itens discutidos relacionados ao planejamento e estruturação do grupo, tais como conhecer a população local e suas necessidades/expectativas, comprometimento da equipe, com posterior divulgação e adesão dos participantes. Verifica-se nesse momento uma consciência por parte dos profissionais de atender as demandas locais, o que representa um avanço no sentido de uma educação horizontal e dialógica que busca atender às necessidades daquele que participa da ação (MACIEL, 2009).

Em contrapartida, outros aspectos relevantes foram pouco citados pelos profissionais, como a realização de avaliação dos grupos, de modo a proporcionar um feedback do trabalho e permitir correção das falhas. Esta dificuldade em relação a avaliação também foi evidenciada durante a implementação da ação. Diversas ferramentas podem ser utilizadas para avaliação dos grupos. Dias, Silveira e Witt (2009) sugerem a investigação junto aos

participantes por meio de questões objetivas feitas pelo coordenador, uso de entrevistas individuais, preenchimento de questionários e registro diário dos encontros.

Verifica-se no DSC 4 que para os participantes os temas a serem abordados são o item de maior importância para a criação dos grupos. Temas variados foram mencionados, dentre os quais alguns discutidos na ação de EPS e que procuram reconhecer o idoso em seus aspectos biopsicossociais.

O DSC 5 considera a atividade de EPS desenvolvida como estímulo e aprendizagem na criação de grupos para idosos, caracterizando a ação como um instrumento que permitirá a implementação de grupos de educação em saúde. Menciona ainda o sentimento de estímulo despertado nos participantes, ao aumentar o interesse por este grupo etário, e o reconhecimento de que para o idoso a abordagem precisa ser diferente. Semelhante ao resultado de outra ação realizada com profissionais de saúde e graduandos no interior paulista, os participantes perceberam que o envelhecimento é um processo complexo, envolve múltiplos aspectos e é capaz de provocar uma série de mudanças no indivíduo, justificando atenção diferenciada aos idosos. Além disso, é dever de todo profissional de saúde acompanhar as mudanças exigidas pelo novo contexto populacional brasileiro (SCHIMIDT; SILVA, 2012).

Já o DSC 6 expressa a ação educativa proposta como promotora de reflexão da prática. A troca de experiências proporcionou uma possibilidade de reflexão para as equipes ao se depararem com realidades ora semelhantes, ora distintas. Isso despertou nos participantes uma reconstrução de pensamentos, contribuindo para a emergência de novas ideias, com vistas a resolver problemas recorrentes. Essa saída da rotina proporcionada pela atividade (sair da UBS, rever colegas de trabalho que vivem contextos semelhantes, troca de experiências e outros) permitiu a reflexão da realidade e o reconhecimento de que eles têm a capacidade de modificar esse contexto. Nesse sentido, observa-se que a atividade foi ao encontro dos princípios da EPS, que deve se fundamentar no pressuposto da aprendizagem significativa, estimulando a reflexão sobre as diversas realidades e modelos de atenção à saúde em que os profissionais estão inseridos, com o intuito de identificar as situações-problema, contribuir para o desenvolvimento profissional e propiciar transformações na prática profissional (STROSCHEIN; ZOCHE, 2011).

Em complemento aos outros dois discursos, o DSC 7 caracteriza a ação desenvolvida como facilitadora para o uso em outros grupos, além dos ligados aos idosos. Nesse discurso fica expresso mais uma vez a capacidade de reflexão, adaptação e aproveitamento dos profissionais em relação aos conteúdos discutidos na atividade de educação permanente.

Embora a atividade tenha sido direcionada às ações com idosos, as técnicas abordadas eram apropriadas também para outros públicos atendidos na APS de forma geral. Os participantes ainda se sentiram mais preparados para atuar nos grupos já existentes, melhorar as ações executadas além de incentivar os usuários à participação em diferentes grupos. Semelhante a outro estudo que descreve resultados da avaliação de um curso com profissionais da saúde pública, os participantes perceberam no curso um fomento para atitudes inovadoras e criativas nos grupos em que já atuavam, emergindo uma identidade grupal disposta a partilhar os sucessos e dificuldades para realizar grupos em outros ciclos de vida ou demandas prioritárias, uma vez que o embasamento estrutural para a criação de grupos é semelhante (L'ABBATE, 1999).

O DSC 8 contempla as aplicações da atividade de EPS na realidade. Os participantes valorizaram a forma de abordagem do idoso, temas de interesse a serem trabalhados, técnicas a serem utilizadas e os agravos à saúde mais prevalentes. Sob essa ótica, verifica-se uma valorização da fase de implementação do grupo, sobrepondo-se em nível de importância à fase de planejamento e avaliação.

Nesse discurso mais uma vez os conhecimentos adquiridos na ação desenvolvida foram citados, como as técnicas e assuntos de interesse dos idosos. Destaca-se como item de grande importância para os idosos a utilização de atividades lúdicas e recreativas como possibilidade de promover mudanças significativas na vida ao influenciarem em diferentes aspectos e principalmente na qualidade de vida (SILVA; TAHARA; FILHO, 2012).

O DSC 9 apresentou críticas e sugestões que foram levantadas por alguns participantes em relação ao desenvolvimento da ação de educação permanente. Essa avaliação também é importante na medida em que colabora para aprimoramentos em novos projetos desse porte. Entretanto, ressalta-se que o discurso foi elaborado a partir de seis ECH, por opiniões que pouco coincidem com as da maioria do grupo. Foi colocada a necessidade de mais tempo para discussão dos temas, que pode ser reavaliada em conjunto com os representantes da SMS em novas oportunidades, e também a dificuldade no planejamento das apresentações no curso, visto que era exigida participação ativa deles. Sabe-se que atualmente muitas ações de EPS ainda focalizam um modo de aprendizagem tradicional com poucos efeitos para o cotidiano, e que pode se repetir na realização do grupo, o que, naquele momento, precisaria ser revisto (MICCAS; BATISTA, 2014).

Entretanto, a proposta do método dialógico e reflexivo utilizada na ação educativa, mesmo com resistência de alguns, foi bem aceita pela grande maioria dos participantes, por

isto as poucas queixas. Quebrar o modo tradicional e criar espaço de revisão de práticas era uma das principais propostas da ação implementada, seguindo os pressupostos da EPS.

Em relação ao impacto da atividade educativa no trabalho, pode-se dizer que ele é a razão da existência das ações educativas, pois não basta haver aquisição sistemática de conhecimentos, é preciso que esses sejam capazes de provocar uma mudança na atuação dos indivíduos e nos resultados das organizações (FREITAS et al., 2006).

Os resultados da avaliação realizada após 120 dias da ação implementada apontam para uma autoavaliação positiva dos egressos da ação educativa em relação ao aprimoramento de competências e sua aplicação no trabalho, com média de 3,83 na avaliação do impacto do treinamento no trabalho, com baixo desvio-padrão (DP=0,51), indicando homogeneidade nas respostas dos participantes.

A média de impacto do treinamento no trabalho encontrada foi superior à apresentada por Alvarce (2014) em pesquisa realizada com profissionais de nível superior da atenção primária e secundária da cidade de São Paulo acerca de um curso online com ênfase em saúde do idoso. Por outro lado, outros dois estudos, ambos com apenas uma categoria profissional cada, apresentaram médias superiores às deste estudo (BASTOS, 2012; FREITAS; HABIGZANG; KOLLER, 2015).

Ressalta-se que o fato de o indivíduo não conseguir aplicar no trabalho o que aprendeu em uma ação educativa não significa, necessariamente, falha da ação, pois é possível que outras variáveis contextuais, como o suporte, influenciem a transferência do treinamento (ABBAD et al., 2012). Os resultados encontrados nessa pesquisa apontaram a existência de uma correlação significativa positiva entre o impacto do treinamento e o suporte à transferência, relação já apontada em outras pesquisas conforme análise realizada por Zerbini e Abbad (2010c).

Quanto a análise das assertivas da escala do impacto do treinamento no trabalho, destaca-se os itens 8 e 9, em que respectivamente 72,3% e 64% dos participantes concordaram que a participação na atividade de EPS serviu para aumentar a motivação para o trabalho, e a autoconfiança. Aspectos também mencionados nas questões abertas.

A afirmativa “proveito as oportunidades que tenho para colocar em prática o que me foi ensinado na capacitação” obteve destaque por ser um dos itens com maior índice de concordância entre participantes, assim com em outras pesquisas (BASTOS, 2012; ALAVARCE, 2014).

Assim como no curso realizado por Alvarce (2014), colocar em prática o que foi discutido na atividade desenvolvida estava intimamente relacionado à forma como os

profissionais enxergam a pessoa idosa e suas necessidades, por isso exige disponibilidade interna e desejo em atender adequadamente essa população.

Atividades educativas com profissionais da saúde tendem a horizontalizar informações, saberes e a aumentar o compartilhamento de responsabilidades entre os profissionais, possibilitando que todos atuem buscando a melhoria contínua das práticas de cuidado à saúde (ERDMANN et al., 2011).

A avaliação dos profissionais também constatou percepções positivas em relação ao apoio oferecido pela organização para a aplicação dessas competências no trabalho. Entretanto, mesmo positivos, os resultados foram inferiores ao do impacto do treinamento, indicando que esses profissionais recebem apoio moderado de suas instituições para aplicar o discutido na atividade educativa.

Chama a atenção as assertivas da escala de suporte psicossocial relacionadas à chefia (6,7,8 e 16) com altas frequências de respostas “raramente” ou “nunca” indicando uma baixa participação da chefia nas atividades de educação em saúde na opinião dos profissionais, o que pode levar a uma situação de insegurança nessas ações. Destaque deve ser dado que quase não houve participação dos gerentes na atividade de educação permanente desenvolvida.

Silva (2006) identificou que os gestores fornecem melhor suporte à transferência quando consideram que os temas do treinamento são relevantes para os objetivos organizacionais. Dessa forma, embora o curso tenha contado com a participação de representantes da SMS e dos gerentes das UBS para a sua elaboração e execução, o tema pode não estar entre aqueles considerados relevantes aos gestores. Reitera-se que, como aferido na primeira etapa deste estudo, 60% dos gerentes afirmaram participar do gerenciamento e avaliação das ações de educação em saúde, e 69,2 % afirmaram não possuir formação sobre AES. Contudo apenas 8% (N=2) dos gerentes optaram por participar da ação desenvolvida.

Uma das maiores dificuldades para a execução dos grupos é relacionada à desvalorização dessa atividade em detrimento de outras, como as ações individuais e burocráticas, mantendo a lógica de um sistema atrelado às ações curativas e à atenção individualizada com enfoque para a doença e não para o indivíduo (MAFFACCIOLLI; LOPES, 2011).

A avaliação dos profissionais quanto ao suporte material necessário para aplicar no trabalho os conteúdos discutidos na ação de EPS foi a que se mostrou mais baixa, com média de 2,45 (DP=0,76) em uma escala de 1 a 5. O resultado corrobora o encontrado por Alavarce (2014), e difere do estudo de Bastos (2012), entretanto, há que se considerar que este último estudo se deu ambiente hospitalar, um contexto diverso do encontrado na atenção primária.

A insatisfação em relação a falta de recursos materiais também foi apontada pelos profissionais nas questões abertas como uma das dificuldades para a implementação dos grupos de educação em saúde.

Corroborando os resultados dessa pesquisa, outros estudos que analisaram as práticas de educação em saúde na atenção primária também encontram como uma das dificuldades apontadas pelos profissionais para execução dessas ações a falta de apoio gerencial e a deficiência de recursos materiais adequados (ROEKER; BUDO; MARCON, 2012; MOUTINHO et al., 2014).

Ressalta-se que, embora necessário, somente a falta de recursos materiais não deve se configurar como justificativa para a não realização dos grupos de educação em saúde. Como discutido na ação implementada, por vezes materiais bastante simples, como papel sulfite e canetas são suficientes para execução de alguma atividade. Entretanto admite-se que a falta de recursos materiais somada a outras dificuldades encontradas pelos profissionais, como a falta de apoio gerencial, alta demanda por ações curativas e individuais e desvalorização das ações educativas, pode transformar-se em fator desmotivador para a realização dos grupos.

Em relação à avaliação qualitativa dos profissionais sobre a repercussão da EPS no trabalho temos que o DSC 10 remete a releitura dos grupos e diversificação nos recursos utilizados após a atividade. Aponta as modificações na forma de percepção e condução dos grupos pelos profissionais após as reflexões advindas da EPS. O discurso evidencia a ampliação do olhar sob as atividades que já eram desenvolvidas proporcionando nova interpretação e execução.

Esse discurso aponta a reforma das abordagens e estratégias adotadas para condução do grupo em saúde do idoso, sendo possível visualizar uma busca por atividades mais prazerosas e lúdicas, e que proporcionam envolvimento e incentivo para o grupo como um todo. Ainda neste contexto, houve relatos de profissionais que apontaram o sentimento de gratificação ao perceberem que após as mudanças nas medidas trabalhadas nos grupos de educação em saúde, houve maior envolvimento e aumento da assiduidade por parte dos idosos.

O trabalho realizado com o olhar amplo e aberto a modificações assim como o uso de recursos variados, permite que o idoso seja beneficiado em sua totalidade, pois proporciona a facilitação do diálogo, a proximidade dos membros do grupo e discussão dos temas afins, além de tornar a atividade mais prazerosa e aumentar o desenvolvimento do conhecimento pelo participante. Fatores esses que favorecem a transformação do modo de vida dos indivíduos e da coletividade, a promoção da saúde, o empoderamento para o controle da vida

e saúde, e conseqüentemente, o envelhecimento saudável, tornando válida a intenção da criação dos grupos de educação em saúde (MALLMANN et al.,2015).

Abordando a interferência da EPS na forma como o profissional conduz a educação em saúde com os idosos, o DSC 11 possui como ideia central a realização dos grupos com mais conhecimento e segurança. É relatado pelos profissionais o aumento da motivação e autoconfiança em realizar as atividades relacionadas aos grupos. É enfatizada a satisfação no domínio do conhecimento e embasamento teórico, o que reflete diretamente na confiança para execução de técnicas aplicáveis aos grupos de educação em saúde com idosos.

Em pesquisa realizada com enfermeiros da ESF do Paraná, esses profissionais ressaltaram que a existência de cursos relacionados à ação educativa em saúde é uma alternativa para reduzir as dificuldades no desenvolvimento dessas atividades, bem como pode estimular e despertar o interesse nos profissionais em trabalhar a prevenção e a promoção da saúde dos usuários e suas famílias, assim como ocorreu nesta pesquisa de acordo com os relatos (ROEKER; BUDÓ; MARCON, 2012).

Refletindo sobre o modo de enxergar a população, DSC 12 aborda o aumento do respeito ao idoso por parte dos profissionais. O discurso apresentado aponta o curso como fator modificador na forma de compreender e aceitar o idoso, levando os profissionais a considerar a pessoa idosa como ser dotado de autonomia, personagem de suas próprias decisões.

O discurso foi formado predominantemente pela opinião dos ACS e corrobora os dados encontrados por Motta, Aguiar e Caldas (2011) que identificou no trabalho de equipes de saúde da família em três municípios do Rio de Janeiro que os ACS são os profissionais que têm maior contato com a população idosa, e quando questionados sobre o que eles consideravam necessário para trabalhar com o idoso apontaram “carinho” e “saber escutar”. Ainda para o autor chamou a atenção o tema “paciência” apontado por entrevistados de todas as escolaridades e funções. Verifica-se nesse DSC a sensibilização dos profissionais no que se refere à existência de limitações decorrentes do envelhecimento, tanto no campo físico quanto no cognitivo, bem como a necessidade de compreender o idoso em seus aspectos biopsicossociais singulares, que por sua vez demandam respeito e compromisso dos profissionais.

É de suma importância que o grupo de educação em saúde seja conduzido de acordo com as características da população em questão o que torna fundamental a reflexão levantada nesse discurso. Sabe-se que o processo de envelhecimento envolve múltiplas peculiaridades e que não é um processo homogêneo para todas as pessoas. Nesse sentido reconhecer e aceitar o

perfil do grupo trará insumos para planejamento e estruturação, dando ênfase nas expectativas e necessidades a serem sanadas, utilizando medidas adequadas para uma abordagem efetiva do grupo de educação em saúde (ALVES; AERTS, 2011; MOTTA; AGUIAR; CALDAS, 2011).

Além disso, é de se esperar que o aumento do respeito ao idoso e consideração de sua autonomia estreite as relações entre profissional e a população idosa. O estabelecimento dessa relação é fundamental para o alcance dos objetivos propostos pelo grupo, já que a adesão e a prática do autocuidado estão intimamente ligadas ao atendimento diferenciado, baseado na confiança, no vínculo, e no respeito aos anseios dos usuários, possibilitando a construção de propostas terapêuticas promotoras de saúde (TADDEO et al., 2012).

Já o DSC 13 aponta as dificuldades encontradas na implementação das ações discutidas. Os relatos apontam o desejo de aplicar o aprendido na EPS entrelaçada à realidade encontrada pelo profissional diariamente, que por vezes dificulta a prática dos grupos de educação em saúde. Destaca-se nesse DSC o reconhecimento dos participantes de que ainda é presente a resistência e a falta de cooperação de alguns profissionais da equipe em desenvolver esses grupos, resultado também encontrado por Roeker, Budó e Marcon (2012) na ESF do Paraná.

Tadeo e colaboradores (2012) em estudo realizado em três Unidades de Saúde da Família de Fortaleza/CE apontaram que tanto gestores como profissionais de saúde não percebem a intervenção educativa como assistência à saúde e tão pouco demonstram interesse em “perder tempo” com esse tipo de atividade, preferindo o método tradicional de consulta e prescrição medicamentosa.

Aliado a isso, em estudo realizado com equipes de saúde da família no município de Florianópolis/SC, a sobrecarga de trabalho dos profissionais devido à grande demanda por atendimento individual nos consultórios, também foi mencionada como obstáculo para dedicação e disponibilidade de tempo para o planejamento e preparação de atividades em grupo (RUMOR et al., 2010).

No presente estudo, para a realização dos grupos o profissional ainda se depara com barreiras de acesso, como a distância da unidade e a falta de transporte, o que dificulta o encontro entre os interessados. Esses fatores que também foram identificados como dificultadores para a viabilização dos grupos de educação em saúde por outros autores (ROEKER; BUDÓ; MARCON, 2012; TADDEO et al., 2012).

O DSC 14 aborda a ação de EPS como agente confirmador das atividades que já eram adotadas por alguns profissionais que afirmaram que o curso não provocou nenhuma alteração

no modo eles executam os grupos, apenas reforçou as suas ações. Ressalta-se que essa IC foi uma das que menos apresentou ECH, sendo elaborado a partir de seis relatos, todos profissionais de nível superior.

Em estudo realizado por Mourão, Abbad e Zerbini (2014) com 742 participantes, 48% avaliaram já possuir os conhecimentos e as habilidades para expressar as competências ensinadas no curso avaliado.

No entanto, o fato desses profissionais já estarem realizando as atividades conforme o discutido na EPS não deve se configurar como exclusão de que eles integrem essas atividades, sendo necessária a participação de todo condutor / facilitador de grupos de educação em saúde em ações desse porte (INSTITUTO SIRIO-LIBANÊS DE ENSINO E PESQUISA et al., 2012).

Nessas oportunidades ocorre a troca de experiências, discussão das possibilidades, bem como aprimoramento e construção de novos conhecimentos, tornando possível tanto o preenchimento de algumas lacunas apresentadas por esses profissionais, quanto à socialização de suas experiências com os outros participantes.

O DSC 15 apresenta uma avaliação espontânea dos profissionais sobre a ação desenvolvida, e aponta a importância do encorajamento para a realização de outras atividades similares. Nesse DSC também foi sugerida a ampliação da ação de EPS desenvolvida para que outros profissionais pudessem participar, o que poderia contribuir para que todos da equipe compartilhassem dos mesmos conceitos e práticas relativas aos grupos de educação em saúde.

Como afirmam Mendonça e Nunes (2015) a participação efetiva de todos os profissionais que compõem a ESF nos grupos de educação em saúde, é fundamental, pois permite que as ações desenvolvidas nos grupos sejam mais resolutivas, já que constantemente os profissionais deparam-se com situações e problemas que só podem ser solucionados ou controlados por uma equipe multiprofissional, levando a ampliação do olhar dos envolvidos, além de proporcionar a construção de saberes, tornando a prática mais rica e criativa.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os grupos de educação em saúde são ferramentas capazes de promover troca de experiências e fomento ao autocuidado e ao exercício da autonomia dos idosos, favorecendo o envelhecimento ativo e com qualidade de vida, dentro de um contexto de atenção que tenha como foco a promoção da saúde. Entretanto ainda existem diversas dificuldades para que esses grupos tenham espaço prioritário e permanente na atenção primária.

Esta pesquisa, cujo objetivo foi desenvolver e avaliar a implementação de uma ação de educação permanente junto a profissionais da APS acerca de grupos de educação em saúde com idosos, possibilitou a aproximação da realidade dos serviços, desvelando um cotidiano permeado por desafios e dificuldades, mas também por avanços e iniciativas, e permitiu, por meio da pesquisa-ação, a construção conjunta de uma ação no sentido de se alcançar o exercício de práticas educativas mais dialógicas e participativas.

No intuito de realizar um diagnóstico situacional em relação aos grupos de educação em saúde com idosos verificou-se que 97,3% dos profissionais investigados relataram a existência de algum tipo de grupo educativo em sua unidade, 96,4% consideraram importante a participação do idoso em grupos, contudo apenas 36,4% apontaram a existência nas unidades de grupos direcionados a pessoas com 60 anos ou mais.

Observou-se que, quando ocorrem, os grupos de educação em saúde com idosos em geral são semanais, conduzidos pelo enfermeiro e abordam temas definidos a partir das necessidades observadas pelos próprios profissionais, sem consulta aos mais interessados.

Em relação à participação dos gerentes nas ações de educação em saúde, 60% deles referiram participar do gerenciamento e avaliação dos grupos. Contudo 69,2% dos gerentes relataram não possuir formação sobre essas ações, demonstrando o precário conhecimento e interesse dos gerentes a respeito da temática.

A respeito dos conhecimentos dos profissionais de saúde acerca do tema educação em saúde com idosos, 55,1% afirmaram que a sua graduação não ofereceu formação suficiente para esta prática, e 64% apontaram que esse assunto não é discutido em seu cotidiano de trabalho por meio da educação permanente. Quando questionados sobre os conhecimentos que eles consideravam necessários ao profissional para condução de grupos de educação em saúde com idosos houve predominância do conhecimento sobre dinâmicas, doenças e agravos, planejamento dos grupos e didática.

A partir das necessidades apontadas pelos profissionais, bem como discussões com atores representativos da secretaria municipal de saúde foi realizada uma ação de educação permanente.

A atividade utilizou metodologia de ensino-aprendizagem pautada na dialogicidade e na participação coletiva e multiprofissional. Os temas abordados incluíram aspectos organizacionais das ações de educação em saúde, técnicas pedagógicas para operacionalização dos grupos, temas de interesse para os idosos e principais agravos de saúde na terceira idade. Contou com a participação de 98 profissionais da APS. Houve predominância de participantes do sexo feminino (89,5%), e faixa etária entre 31 a 50 anos (54,6%). Em relação à profissão a maioria era formada por enfermeiros (29,1%), seguida de ACS (24,4%) e cirurgiões-dentistas (16,3%), com tempo de formação entre 5 a 10 anos (30,9%), e mais de 5 anos de tempo de experiência na APS (56,9%).

Na avaliação da aplicabilidade da ação implementada, dos depoimentos dos profissionais emergiram nove ideias-centrais. Os discursos refletiram o reconhecimento por parte dos profissionais de que o grupo de educação em saúde pode interferir na vida do idoso, tanto por se configurar como um instrumento para o empoderamento e o incremento da qualidade de vida, quanto por ser um espaço de socialização. Consideraram importante para a criação desses grupos as condições técnico-estruturais e os temas, e apontaram a EPS como facilitadora para criação de grupos e promotora de reflexão da prática, com possibilidades de aplicação dos conhecimentos.

Em relação à percepção dos profissionais quanto aos efeitos da EPS no trabalho, após 120 dias da atividade foi observado impacto positivo do treinamento. A avaliação quanto ao suporte à transferência do treinamento, embora com médias mais baixas, também mostrou resultados positivos.

Quanto à opinião dos participantes em relação aos mencionados efeitos, evidenciou-se que a maioria dos profissionais referiu que a atividade de EPS promoveu algum tipo de mudança em sua prática. Os profissionais relataram uma releitura dos grupos realizados na APS com diversificação nos recursos utilizados, e reconheceram o manejo dos grupos com mais conhecimento, segurança e respeito ao idoso após a atividade educativa. Por outro lado também foram apontadas dificuldades para a implementação das ações. A falta de recursos materiais foi uma das mais indicadas.

Observa-se que de maneira geral os resultados da pesquisa foram positivos, tanto no que se refere à participação dos profissionais em todo o processo da pesquisa, como nos efeitos que a atividade educativa obteve, demonstrando que a educação permanente junto a

esses atores abre caminhos para a construção de uma atenção diferenciada aos idosos, pautada no respeito a essas pessoas e na confiança de que um trabalho educativo focado na promoção da saúde é possível de ser realizado.

Contudo a experiência e os resultados ora apresentados são um recorte no contexto em que se insere a educação permanente. Dessa forma, como apontado pelos próprios profissionais, é importante que iniciativas como essa continuem fazendo parte da educação permanente na APS, sensibilizando os profissionais para as necessidades da população local e de práticas mais adequadas no trabalho em saúde.

Destaca-se a necessidade de transformação no modo tradicional de se conduzir as ações educativas com profissionais de saúde, bem como do mesmo modo tradicional em se conduzir grupos de educação em saúde, indo além dos temas biomédicos recorrentes como doença, medicações, complicações e tratamentos, podendo alcançar outros temas como lazer, troca de experiências populares, culinária saudável comunitária, fitoterapia, horta comunitária, geração de renda, cuidado solidário e voluntariado, dentre tantas outras possibilidades a serem trabalhadas num grupo de educação em saúde com idosos.

Ressalta-se também a necessidade de maior apoio dos gerentes nesse processo. A transformação das práticas pressupondo uma visão ampliada de saúde traduz-se em benefícios para todos os envolvidos, entretanto favorecer atividades educativas grupais em detrimento de ações curativistas implica uma mudança de paradigma que necessita ser apoiada pelas coordenações centrais, as quais detêm poder para incentivar ou desestimular determinadas práticas dos trabalhadores. Verificou-se que embora os gerentes tenham participado da pesquisa, número reduzido se envolveu com a ação de educação permanente.

Como limitações do estudo apontam-se aquelas que são inerentes ao processo de pesquisa-ação e que, portanto, fizeram parte desta pesquisa. O objetivo do trabalho foi situacional e específico, de acordo com a realidade e possibilidades locais. Além disso, o pesquisador não teve controle sobre todas as variáveis visto que elas ocorreram num contexto real, com atores sociais que são dotados de autonomia e desempenharam um papel ativo. Dessa forma a pesquisa realizada tem significado e é relevante para a população que participou do estudo, não permitindo a generalização dos dados.

Ademais seria ideal e desejável que todos os profissionais da APS participassem do diagnóstico inicial e da ação educativa, permitindo uma maior disseminação dos conteúdos e, portanto, maiores possibilidades de resultados na prática cotidiana. Contudo, tal demanda não foi possível de ser realizada. Espera-se que os profissionais que participaram compartilhem suas ideias e experiências com aqueles que não puderam participar, possibilitando maior

sensibilização das equipes para a relevância dos grupos educativos conduzidos de maneira dialógica, sobretudo aqueles direcionados à população idosa.

Como almejado pelo método da pesquisa-ação, espera-se que o estudo tenha contribuído em duas vertentes: a prática e a teórica. Na prática por ter proporcionado aos profissionais da APS espaço para discussão, troca de experiências e reflexão de suas práticas, além do vislumbre da real possibilidade de execução de grupos de educação em saúde com idosos de forma mais participativa e dialógica, mesmo com as diversas barreiras encontradas na prática. Na perspectiva teórica espera-se que o estudo tenha contribuído para a produção de conhecimento sobre ações educativas com profissionais de saúde de acordo com os pressupostos da EPS e avaliação dessas práticas, especificamente neste caso sobre grupos de educação em saúde, permitindo a análise e aperfeiçoamento para futuras ações.

Para avançar nos conhecimentos é preciso expandir e aprofundar as pesquisas. Dessa forma recomenda-se que novos estudos sejam realizados no sentido de compreender melhor como os grupos de educação em saúde com idosos estão acontecendo e quais fatores podem interferir na sua execução. Além disso, pesquisas que retratem avaliações de processos educativos direcionados a profissionais de saúde enriqueceriam bastante a literatura na área, permitindo o desenvolvimento desse campo de atuação ainda restrito.

REFERÊNCIAS

- ABBAD, G. S. et al. **Medidas de Avaliação em treinamento, desenvolvimento e educação: ferramentas para a gestão de pessoas.** Porto Alegre: Artmed, 2012. 300p.
- ABBAD, G. **Um modelo integrado de avaliação do impacto do treinamento no trabalho. IMPACT.** 1999. 271 f. Tese (Doutorado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília, 1999.
- ABBAD, G.; SALLORENZO, L. H. Desenvolvimento e validação de escalas de suporte à transferência de treinamento. **Rev. Adm.**, São Paulo, v. 36, n. 2, p. 33-45, abr./jun. 2001.
- ALAVARCE, D. C. **Desenvolvimento e avaliação da reação, aprendizagem e impacto de treinamento on-line para profissionais de saúde.** 2014. 263f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2014.
- ALVES, G. G.; AERTS, D. As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família. **Ciênc. Saúde Coletiva.**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 319-325, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000100034&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 set. 2015.
- ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface Comun. Saúde Educ.** Botucatu, v. 9, n. 16, set.2004/fev. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832005000100004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 set. 2015.
- ALVIM, N. A. T.; FERREIRA, M. A. Perspectiva problematizadora da educação popular em saúde e a enfermagem. **Texto & Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 16, n. 2, p. 315-319, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072007000200015&lng=en>. Acesso em: 03 set. 2015.
- ARAÚJO, M. L. F. **Valor instrumental, suporte à transferência e impacto do treinamento no trabalho em cursos de especialização lato sensu.** 2009. 55 f. Monografia (Especialização em Gestão de Pessoas) -- Universidade de Brasília, Brasília, 2009.
- ARAUJO, V. S.; DIAS, M. D.; BUSTORFF, L. A. C. V. A instrumentalização da educação em saúde na atenção básica. **Referência**, Coimbra, v. serIII, n. 5, p. 7-17, dez. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832011000300001&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 10 set. 2015.
- ASSUNÇÃO, A. P. F. et al. Práticas e tecnologias educacionais no cotidiano de enfermeiras da estratégia de saúde da família. **Rev. Enferm. UFPE On Line**, Recife, v. 7, n.11, p. 6329-35, 2013.
- BALARIN, C. S.; ZERBINI, T.; MARTINS, L. B. A relação entre suporte à aprendizagem e impacto de treinamento no trabalho. **REAd**, Porto Alegre, v. 20, n.2, p. 341-370, maio/ago. 2014.

BARBOSA, F. I. et al. Caracterização das práticas de educação em saúde desenvolvidas por enfermeiros em um município do centro-oeste mineiro. **REME Rev. Min. Enferm.**, Belo Horizonte, v.14, n.2, p. 195-203, 2010.

BASTOS, L. F. L. **Avaliação da reação, aprendizagem e impacto de treinamento em um hospital do município de São Paulo**. 2012. 142f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) -- Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.

BAZZO-ROMAGNOLLI, A.P.; GIMENEZ-CARVALHO, B.; NUNES, P. A. Gestão de unidade básica de saúde em municípios de pequeno porte: instrumentos utilizados, facilidades e dificuldades relacionadas. **Rev. Gerenc. Políticas Salud**, Bogotá, v.13, n. 27, p. 162-74, 2014.

BERNARDO, M. H. J. et al. A saúde no diálogo com a vida cotidiana: a experiência do trabalho educativo com idosos no grupo Roda da Saúde. **Rev. APS**, Juiz de Fora, v. 12, n.4, p. 504-9, 2009.

BOLLELA, V. R.; CASTRO, M. Avaliação de Programas Educacionais na Área da Saúde: conceitos básicos. **Medicina (Ribeirão Preto)**, Ribeirão Preto, v. 47, n.3, p. 332-42, 2014.

BORDENAVE, J. E. D. Alguns fatores pedagógicos. **Rev. Interam. Educ. Adultos**, Patzcuaro, Michoacán, México, v. 3, n. 1-2, p. 29-33, 1983. Disponível em: <<http://www.fo.usp.br/wp-content/uploads/EAlguns.pdf>>. Acesso em: 10 set. 2015.

BORGES-ANDRADE, J. E. Avaliação integrada e somática em TD&E. In: BORGES-ANDRADE, J. E.; ABBAD, G.; MOURÃO, L. (Org). **Treinamento, desenvolvimento e educação em organizações e trabalho**: fundamentos para a gestão de pessoas. Porto Alegre: Artmed, 2006. p. 343-358.

BORGES-ANDRADE, J. E.; ABBAD, G. S.; MOURÃO, L. Modelos de avaliação e aplicação em TD&E. In: ABBAD, G. S. et al. **Medidas de avaliação em treinamento, desenvolvimento e educação**: ferramentas para a gestão de pessoas. Porto Alegre: Artmed, 2012. p.20-35.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Política nacional de educação permanente em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de educação popular e saúde**. Brasília, 2007b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_educacao_popular_saude_p1.pdf>. Acesso em: 10 set. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a política nacional de saúde da pessoa idosa. **D.O.U**, Brasília, DF, 20 out. 2006. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2528%20aprova%20a%20politica%20nacional%20de%20saude%20da%20pessoa%20idosa.pdf>>. Acesso em: 13 set. 2015.

BUSSAB, W.O.; MORETTIN, P.A. **Estatística Básica**. 6ed. São Paulo: Saraiva, 2010.

CAMPOS, C. N. A. et al. Reinventando práticas de enfermagem na educação em saúde: teatro com idosos. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 588-596, set. 2012. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452012000300023&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 set. 2015.

CARDOSO, L. S. et al. The purpose of the communication process of group activities in the Family Health Strategy. **Rev. Latinoam. Enferm.**, Ribeirão Preto, v. 19, n.2, p. 396-402, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n2/23.pdf>>. Acesso em: 10 set. 2015.

CARNEIRO, A. C. L. L. et al. Educação para a promoção da saúde no contexto da atenção primária. **Rev. Panam. Salud Publica**, Washington, v. 31, n.2, p. 115-20, 2012.

CECCIM, R. B. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface Comun. Saúde Educ.**, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 161-168, 2005. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180118751013>>. Acesso em: 10 set. 2015.

COMBINATO, D. S. et al. "Grupos de Conversa": saúde da pessoa idosa na estratégia saúde da família. **Psicol. Soc.**, Florianópolis, v. 22, n. 3, p. 558-568, dez. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822010000300016&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 01 set. 2015.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). Resolução 196, de 10 de outubro de 1996. **D.O.U**, Brasília, DF, 16 out. 1996. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/bioetica/res19696.htm>> Acesso em: 13 set. 2015

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012. **D.O.U**, Brasília, DF, 13 jun. 2013. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 13 set. 2014.

COSTA, S. M. et al. Perfil do profissional de nível superior nas equipes da Estratégia Saúde da Família em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. **Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 27, p. 90-6, 2013.

DAVID, H. M. S. L.; BONETTI, O. P.; SILVA, M. R. F. A Enfermagem brasileira e a democratização da saúde: notas sobre a Política Nacional de Educação Popular em Saúde. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 65, n. 1, p. 179-185, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672012000100026&lng=en>. Acesso em: 18 set. 2015.

DIAS, V. D. ; SILVEIRA, D. T.; WITT, R. R. Educação em saúde: o trabalho de grupos em atenção primária **Rev. APS**, Juiz de Fora, v. 12, n. 2, p. 221-227, abr. /jun. 2009. Disponível em: < <http://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/viewFile/330/205>>. Acesso em: 18 set. 2015.

DUARTE, S. J. H.; MAMEDE, M. V.; ANDRADE, S. M. O. Opções teórico-metodológicas em pesquisas qualitativas: representações sociais e discurso do sujeito coletivo. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 18, n. 4, p. 620-626, 2009.

ENGEL, G. I. Pesquisa-ação. **Educar**, Curitiba, n.16, p.181-191, 2000.

- ERDMANN A.L. et al. Organization of care practices in the health network. **Online Braz. J. Nurs.** (Online), Niterói, v. 10, n.1, maio. 2011. Disponível em: <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/3220>>. Acesso em: 10 set. 2015.
- FALKENBERG, M. B. et al. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n.3, p. 847-852, mar. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000300847&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 01 set. 2015.
- FERNANDES, M. C. P.; BACKES, V. M. S., Educação em saúde: perspectivas de uma equipe da Estratégia Saúde da Família sob a óptica de Paulo Freire. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 63, n. 4, p. 567-573, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000400011&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 01 set. 2015.
- FERNANDES, M. T. O.; SILVA, L. B.; SOARES, S. M. Utilização de tecnologias no trabalho com grupos de diabéticos e hipertensos na Saúde da Família. **Ciênc. Saúde Coletiva (Online)**, Rio de Janeiro, v. 16, p. 1331-1340, 2011. Supl. 1. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000700067&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 01 set. 2015.
- FERNANDES, W. R.; SIQUEIRA, V. H. F. Health education for elderly people in discourse and practice: physical activity as a synonym for health. **Interface Comun. Saúde Educ.**, Botucatu, v. 14, n. 33, p. 371-385, abr./jun. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v14n33/a11v14n33.pdf>>. Acesso em: 01 set. 2015.
- FERREIRA-NETO, J. L.; KIND, L. Práticas grupais como dispositivo na promoção da saúde. **Physis (Rio J.)**, Rio de Janeiro, v. 20, n.4, p. 1119-42, 2010.
- FIGUEIREDO, M. F. S.; RODRIGUES-NETO, J. F.; LEITE, M. T. S. Modelos aplicados às atividades de educação em saúde. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 63, n. 1, p. 117-121, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034->. Acesso em: 10 set. 2015.
- FIGUEIREDO, M. F. S.; RODRIGUES-NETO, J.F; LEITE, M. T. S. Educação em saúde no contexto da Saúde da Família na perspectiva do usuário. **Interface Comun Saúde Educ.** , Botucatu, v. 16, n. 41, p. 315-29, 2012.
- FRANCO, M. A. S.; LIBÂNEO, J. C.; PIMENTA, S. G. Elementos para a formulação de diretrizes curriculares para cursos de pedagogia. **Cad. Pesqui.**, São Paulo, v. 37, n. 130, p. 63-97, jan./abr. 2007.
- FREIRE P. **Educação como prática de liberdade**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1983.
- FREIRE P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 37. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2003.
- FREIRE P. **Pedagogia do oprimido**. 42. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005.

FREIRE, P. **Pedagogia da indignação**. Cartas pedagógicas e outros escritos. São Paulo: UNESP, 2000.

FREITAS, C. P. P.; HABIGZANG, L. F.; KOLLER, S. H. Avaliação de uma Capacitação para Profissionais de Psicologia que Trabalham com Vítimas de Abuso Sexual. **Psico**, Porto Alegre, v. 46, n. 1, p. 38-45, jan./mar. 2015.

FREITAS, I. A. et al. Medidas de impacto de TD&E no trabalho e nas organizações. In BORGES-ANDRADE, J. E.; ABBAD, G.; MOURÃO, L. (Org.). **Treinamento, desenvolvimento e educação em organizações e trabalho**: fundamentos para a gestão de pessoas. Porto Alegre: Artmed, 2006, p. 489-504.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A POPULAÇÃO. **Relatório sobre a situação da população mundial 2011**. New York, 2011. 132 p. Disponível em: <<http://www.un.org/files/PT-SWOP11-WEB.pdf>>. Acesso em: 01 out. 2014.

GOMES, L. B.; MERHY, E. E. Compreendendo a educação popular em saúde: um estudo na literatura brasileira. **Cad. Saúde Pública**, v. 27, n. 1, p.7-18, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000100002&lng=pt>. Acesso em: 10 set. 2015

GONCALVES, A.; MOURAO, L. A expectativa em relação ao treinamento influencia o impacto das ações de capacitação? **Rev. Adm. Pública**, Rio de Janeiro, v. 45, n. 2, abr. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-76122011000200009&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 10 set. 2015.

HAIR J.J. et al. **Análise Multivariada de Dados**. 6 ed. São Paulo: Bookman; 2009.

HOLLANDER M., WOLFE, D.A. **Nonparametric Statistical Methods**. New York: John Wiley & Sons; 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Estatísticas da saúde: assistência médica sanitária 2009**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. Disponível em: <<http://biblioteca.ibge.gov.br/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=246754>>. Acesso em: 10 set. 2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Projeção da população do Brasil e Unidades da Federação por sexo e idade para o período 2000-2030**. Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao_da_populacao/2013/default.shtm>. Acesso em: 12 set. 2014.

INSTITUTO SIRIO-LIBANÊS DE ENSINO E PESQUISA et al. **Curso de capacitação em processos educacionais na saúde**: com ênfase em facilitação de metodologias ativas de ensino-aprendizagem. São Paulo, 2012. 59 p. (Caderno do Curso; 2011). Disponível em: <<https://www.hospitalsiriolibanes.org.br/iep/Documents/curso-capacitacao-processos-saude.pdf>>. Acesso em: 10 set. 2015.

L'ABBATE, S. Educação e serviços de saúde: avaliando a capacitação dos profissionais. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.15, n.2, p. 15-27, 1999.

LEFEVRE, F.; LEVEFRE, A. M.. **Pesquisa de representação social: um enfoque quali-quantitativo**. 2. ed. Brasília: Liber Livro, 2012. 224 p.

LIMA-COSTA, M.F.; BARRETO, S.M.; GIATTI, L. Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamentos da população idosa brasileira: um estudo descritivo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. **Cad Saúde Pública**. v.19, n. 3, p. 735-43, 2003.

MACIEL, M. E. D. Educação em saúde: conceitos e propósitos. **Cogitare Enferm.**, Curitiba, v. 14, n. 4, p. 773-6, 2009.

MAFFACCIOLLI, R.; LOPES, M. J. M. Os grupos na atenção básica de saúde de Porto Alegre: usos e modos de intervenção terapêutica. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 973-982, mar. 2011.

MALLMANN, D. G. et al. Educação em saúde como principal alternativa para promover a saúde do idoso. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n.6, p. 1763-72, 2015.

MASCARENHAS, N. B.; MELO, C. M. M.; FAGUNDES, N. C. Produção do conhecimento sobre promoção da saúde e prática da enfermeira na Atenção Primária. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 65, n. 6, p. 991-999, nov. /dez. 2012.

MENDONÇA, C. S. Saúde da Família, agora mais do que nunca! **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, out. 2009. Supl. 1. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000800022&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 set. 2015.

MENDONÇA, F. F., NUNES, E. F. P. A. Avaliação de grupos de educação em saúde para pessoas com doenças crônicas. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v.13, v.2, p. 397-409, 2015.

MENDONÇA, F. F.; NUNES, E. F. P. A. Atividades participativas em grupos de educação em saúde para doentes crônicos. **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 200-4, 2014.

MENESES, P.; ABBAD, G. Preditores individuais e situacionais de auto e heteroavaliação de impacto do treinamento no trabalho. **Rev. Adm. Contemp.**, Curitiba, v.7, 2003. N. Esp. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-65522003000500010&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 10 set. 2015.

MENESES, P.; ZERBINI, T.; ABBAD, G. **Manual de treinamento organizacional**. Porto Alegre: Artmed; 2010. 168p.

MERHY, E. E.; FEUERWERKER, L. C. M.; CECCIM, R. B. Educación permanente en salud: una estrategia para intervenir en la micropolítica del trabajo en salud. **Salud Colect.**, Buenos Aires, v. 2, n. 2, p.147-160, 2006.

MICCAS, F. L.; BATISTA, S. H. S. S. Educação permanente em saúde: metassíntese. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 48, n. 1, p. 170-185, 2014. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/80608/84265>>. Acesso em: 10 set. 2015.

MIRA, et al. Análise do processo de avaliação da aprendizagem de ações educativas de profissionais de enfermagem. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 45, p. 1574-81, 2011. N. Esp.

MONTANHA, D.; PEDUZZI, M. Educação Permanente em enfermagem: levantamento de necessidades e resultados esperados segundo a concepção dos trabalhadores. **Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 44, n.3, p.567-604, 2010.

MORE, C. L. O. O.; RIBEIRO, C. Trabalhando com grupos na Estratégia Saúde da Família. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2010. 58 p. **Apostila do Curso de Especialização em Saúde da Família, modalidade a distância**. Disponível em: <<https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/195>>. Acesso em: 10 set. 2015.

MOTTA, J. I. J. et al., Educação permanente em saúde. **Olho Mágico**, Londrina, v.9, n. 1, p. 67-78, 2002.

MOTTA, L. B., AGUIAR, A. C., CALDAS, C. P. Estratégia Saúde da Família e a atenção ao idoso: experiências em três municípios brasileiros. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, p.779-786, abr. 2011.

MOTTA, L. B.; CALDAS, C. P.; ASSIS, M. A formação de profissionais para a atenção integral à saúde do idoso: a experiência interdisciplinar do NAI - UNATI/UERJ. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.13, n. 4, p. 1143-51, 2008.

MOURÃO, L., ABBAD, G. S., ZERBINI, T. Avaliação da efetividade e dos preditores de um treinamento a distância em uma instituição bancária de grande porte. **Rev. Adm.**, São Paulo, v. 49, n.3, p.534-548, jul./ago./set. 2014.

MOUTINHO et al. Dificuldades, desafios e superações sobre educação em saúde na visão de enfermeiros de Saúde da Família. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 12 n. 2, p. 253-272, maio/ago., 2014.

NOGUEIRA, A. L. G. et. al. Fatores terapêuticos identificados em um grupo de Promoção da Saúde de idosos. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v.47, n.6, p. 1352-8, 2013.

NUNES, J. M. et al. A participação de agentes comunitários de saúde em grupo de educação em saúde. **Rev. Rene**, Fortaleza, v. 13, n.5, p. 1084-91, 2012.

OHIRA, R. H. F.; CORDONI JUNIOR, L.; NUNES, E. F. P. A. Análise das práticas gerenciais na atenção primária à saúde nos municípios de pequeno porte do norte do Paraná, Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.19, n. 11, p. 4439-48, 2014.

OLIVEIRA, M. A. C.; PEREIRA, I.C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 66, p. 58-64, set. 2013. N. Esp. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000700020&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 jun. 2015.

OLIVEIRA, S. R. G.; WENDHAUSEN, Á. L. P. (Re)significando a educação em saúde: dificuldades e possibilidades da Estratégia Saúde da Família. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 129-147, jan./abr. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462014000100008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 set. 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Envelhecimento ativo**: uma política de saúde. Brasília, 2005. 60 p.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Atenção à saúde coordenada pela APS**: construindo redes de atenção no SUS: contribuições para o debate. Brasília, 2011.

OTRENTI, E. **Avaliação de processos educativos formais para profissionais da área da saúde**: revisão integrativa da literatura. 2011. 112f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.

PASKULIN, L. M. G. et al. Health literacy of older people in primary care. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v.25, n. 1, p. 129-35, 2012. N. Esp.

PEDUZZI, M. et al . Atividades educativas de trabalhadores na atenção primária: concepções de educação permanente e de educação continuada em saúde presentes no cotidiano de Unidades Básicas de Saúde em São Paulo. **Interface Comun. Saúde Educ.**, Botucatu, v. 13, n. 30, set. 2009. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000300011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 set. 2015.

PELICIONI, M. C. F.; PELICIONI, A. F. Educação e promoção da saúde: uma retrospectiva histórica. **Mundo da Saúde**, São Paulo, v.31, n. 3, p. 320-328, jul./set. 2007.

PINAFO et al. Relações entre concepções e práticas de educação em saúde na visão de uma equipe de saúde da família. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 201-221, jul./out. 2011.

PINHEIRO, G. M. L.; ALVARES, A. M.; PIRES, D. E. P. A configuração do trabalho da enfermeira na atenção ao idoso na Estratégia de Saúde da Família. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n.8, p. 2105-15, 2012.

PINO, M.; RICOY, M. C.; PORTELA, J.. Diseño, implementación y evaluación de un programa de educación para la salud con personas mayores. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 6, sept. 2010. Disponível em:
<http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000600035&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 01 out. 2014.

PINTO, E. S. G; MENESES, R. M. P.; VILLA, T. C. S. Situação de trabalho dos profissionais da Estratégia Saúde da Família em Ceará-Mirim. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, n. 44, v.3, p. 657-64, 2010.

RODRIGUES, A. C. S.; VIEIRA, G. L. C.; TORRES, H. C. A proposta da educação permanente em saúde na atualização da equipe de saúde em diabetes mellitus. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 44, n. 2, p. 531-537, jun 2010. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000200041&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 set. 2015.

RODRIGUEZ, E. et al. The impact of education on care praticies: na exploratory study of wheter “Action Plans” on the behavior of health professionals. **Int . Psychogeriatric.**, New York, v.22, n.6, p. 897-908, 2010.

ROECKER, S.; BUDO, M. L. D.; MARCON, S. S. Trabalho educativo do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família: dificuldades e perspectivas de mudanças. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v.46, n. 3, p. 641-649, Jun. 2012.

ROECKER, S.; MARCON, S.S. Educação em saúde na Estratégia Saúde da Família: o significado e a práxis dos enfermeiros. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, Rio de Janeiro, v. 15, n.4, p. 701-9, 2011.

RUMOR, P. C. F. et al. A promoção da saúde nas práticas educativas da saúde da família. **Cogitare Enferm.**, Curitiba, v.15, n.4, p. 674-80, 2010.

SALCI, M. A. et al. Educação em saúde e suas perspectivas teóricas: algumas reflexões. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 22, n. 1, p. 224-230, jan./mar. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n1/pt_27.pdf>. Acesso em: 10 set. 2015.

SAMPIERI, R. H.; COLLADO, C. F.; LUCIO, P. B. **Metodologia de pesquisa**. 3. ed. São Paulo: Mc Graw-Hill, 2006.

SANTOS, J. R. V.; MOURÃO, L. Impacto do treinamento como variável preditora da satisfação com o trabalho. **Rev. Adm.**, São Paulo, v.46, n.3, p.305-318, jul./ago./set. 2011

SANTOS, P. L.; FORONI, P. M.; CHAVES, M. C. F. Atividades físicas e de lazer e seu impacto sobre a cognição no envelhecimento. **Medicina (Ribeirão Preto)**, Ribeirão Preto, v.42, n.1, p. 54-60, 2009.

SANTOS, P. T. **Avaliação da satisfação, aprendizagem e impacto do Curso Introdutório à Estratégia Saúde da Família: um aporte metodológico**. 2012. 209 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.

SANTOS, P. T., MIRA, V. L., SARRAF, P. A. Significado atribuído pelos participantes de um treinamento às técnicas de avaliação. **REME Rev. Min. Enferm.**, Belo Horizonte, v.13, n. 4, p. 474-84, 2009.

SÃO PAULO (Estado). Secretaria da Saúde. Centro de Vigilância Epidemiológica Prof. Alexandre Vranjac. Núcleo de Educação em Saúde. **Educação em saúde: coletânea de técnicas**. São Paulo, 2002. v. 2. 312 p.

SCHIMIDT, T. C. G.; SILVA, M. J. P. Percepção e compreensão de profissionais e graduandos de saúde sobre o idoso e o envelhecimento humano. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 46, n.3, p. 612-7, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342012000300012&script=sci_arttext>. Acesso em: 10 set. 2015.

SERBIM, A. et al. Oficinas multiprofissionais: educação em saúde para idosos de uma comunidade. **Rev. Eletrônica Gest. Saúde**, Brasília, v. 4, n. 1, p.1780-1790, 2013. Disponível em: <<http://gestaoesaude.unb.br/index.php/gestaoesaude/article/view/242>>. Acesso em: 01 out. 2014.

SILVA, A. L. B; TAHARA, A. K.; FILHO, S. C. A Participação de idosos em atividade recreativas em Itabuna/BA. **Licere**, Belo Horizonte, v. 15, n.3, p. 1-24, 2012. Disponível em: <<https://seer.lcc.ufmg.br/index.php/licere/article/view/435/328>>. Acesso em: 10 set. 2015.

SILVA, C. M. C. et al. Educação em saúde: uma reflexão histórica de suas práticas. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2539-2550, ago. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500028&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 set. 2015.

SILVA, J. A. M.; OGATA, M. N.; MACHADO, M. L. T. Capacitação dos trabalhadores de saúde na atenção básica: impactos e perspectivas. **Rev. Eletrônica de Enferm.**, Goiânia, v. 9, n. 2, p. 389-401, 2007. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n2/pdf/v9n2a08.pdf>>. Acesso em: 10 set. 2015.

SILVA, J. C. et al. Pesquisa-ação: concepções e aplicabilidade nos estudos em enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 64, n. 3, p. 592-595, maio/jun. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672011000300026&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 01 set. 2015.

SILVA, M. E. D. Relações entre impacto do treinamento no trabalho e estratégia empresarial: o caso da Eletronorte. **Rev. Adm. Contemp.**, Curitiba, v.10, n. 3, p. 91-110, 2006.

SMEKE, E. L. M.; OLIVEIRA, N. L. S. Educação em saúde e concepções do sujeito. In: VASCONCELOS, E. M. (Org.). **A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede de educação popular e saúde**. São Paulo: Hucitec, 2001. p.115-36.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviço e tecnologia**. Brasília: Unesco; Ministério da Saúde, 2002. 726 p. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0253.pdf>>. Acesso em: 18 out. 2014.

STOTZ, E. N. Enfoques sobre educação e saúde. In: VALLA, V. V.; STOTZ, E. N. (Org.). **Participação popular, educação e saúde: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1993. p. 11-22.

STROSCHEIN, K. A.; ZOCCHÉ, D. A. A. Educação permanente nos serviços de saúde: um estudo sobre as experiências realizadas no Brasil. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, nov. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462011000300009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 01 set. 2015.

TADDEO, O. S. et al. Acesso, prática educativa e empoderamento de pacientes com doenças crônicas. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n.11, p. 2923-30, 2012.

TASCA, J. E.; ENSSLIN, L.; ENSSLIN, S. R. A construção de um referencial teórico sobre a avaliação de desempenho de programas de capacitação. **Ensaio: Aval. Pol. Públ. Educ.**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 79, p. 203-238, jun. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-40362013000200003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 10 set. 2015.

THIOLLENT, M. **Metodologia da pesquisa-ação**. 18. ed. São Paulo : Cortez, 2011. 135 p.

THIOLLENT, M. **Pesquisa-ação nas organizações**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2009. 165 p.

TOMASI, E. et al. Perfil sócio-demográfico e epidemiológico dos trabalhadores da atenção básica à saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n.1, p. 193-201, 2008.

TORRES, H. C. et al. Capacitação de profissionais da atenção primária à saúde para educação em Diabetes Mellitus. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 23, n.6, p. 751-6, 2010.

UBERABA (MG). Secretaria Municipal de Saúde. **Plano municipal de saúde 2010/2013**. Uberaba, 2011. Disponível em: <http://www.uberaba.mg.gov.br/portal/acervo/saude/arquivos/plano_municipal_saude.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2014.

UBERABA (MG). Secretaria Municipal de Saúde. **Plano municipal de saúde 2014/2017**. Uberaba, 2014. Disponível em: <http://www.uberaba.mg.gov.br/portal/acervo/saude/arquivos/plano_municipal_saude.pdf>. Acesso em: 01 out. 2014.

VASCONCELOS, E. M. Educação popular: de uma prática alternativa a uma estratégia de gestão participativa das políticas de saúde. **Physis.**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 67-83, jan./jun. 2004. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312004000100005>>. Acesso em: 18 set. 2015.

VASCONCELOS, E. M. Participação popular e educação nos primórdios da saúde pública brasileira. In: VASCONCELOS, E. M. (Org.). **A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede de educação popular e saúde**. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 73-100.

VERAS, R. P.; CALDAS, C. P.; CORDEIRO, H. A. Modelos de atenção à saúde do idoso: repensando o sentido da prevenção. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 1189-1213, out./dez. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312013000400009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 set. 2015.

VERAS, R. Population aging today: demands, challenges and innovations. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 3, p.548-554, May / June 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43n3/en_224.pdf>. Acesso em: 18 set. 2015.

VERAS, R. R. Prevenção de doenças em idosos: os equívocos dos atuais modelos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.28, n.10, p. 1834-40, 2012.

ZERBINI, T.; ABBAD, G. Construção e validação de uma escala de transferência de treinamento. **Psicol. Cienc. Prof.**, Brasília, v. 30, n. 4, p. 684-697, dez. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932010000400002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 10 set. 2015.

ZERBINI, T.; ABBAD, G. Aprendizagem induzida pela instrução em contexto de organizações e trabalho: uma análise crítica da literatura. **Cad. Psicol. Soc. Trab.**, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 177-193, set. 2010b. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/cpst/article/view/25724>>. Acesso em: 10 set. 2015.

ZERBINI, T.; ABBAD, G. Transferência de Treinamento e Impacto do Treinamento no Trabalho: Análise Crítica da Literatura. **Revista Psicologia: Organizações e Trabalho**. Brasília, v.10, n.2, p. 97-111, 2010c.

ZIMERMAN, D. E. **Fundamentos básicos das grupoterapias**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010. 244p.

APÊNDICE A – TCLE 1ª etapa

Título do Projeto: “Grupos de educação em saúde com idosos: uma proposta de capacitação para profissionais da atenção primária”.

TERMO DE ESCLARECIMENTO

Você está sendo convidado(a) a participar do estudo “Grupos de educação em saúde com idosos: uma proposta de capacitação para profissionais da atenção primária”. Este projeto é parte integrante do projeto “Educação em Saúde para Idosos: necessidade de capacitação dos profissionais de saúde e criação de grupos no município de Uberaba”. Os avanços na área da saúde ocorrem através de estudos como este, por isso a sua participação é importante. O objetivo deste estudo é identificar os grupos de educação em saúde para idosos que existem em Uberaba e levantar as necessidades de capacitação sobre ações de educação em saúde em idosos para profissionais da Atenção Primária à Saúde da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Uberaba, Minas Gerais. Não será feito nenhum procedimento que lhe traga qualquer desconforto ou risco à sua vida. Sua participação não é obrigatória e é isenta de despesas. Fica registrado também que a qualquer momento você tem total liberdade de deixar a pesquisa sem que haja nenhum tipo de ônus por parte dos responsáveis pela pesquisa, nem por sua parte. Neste presente documento também fica autorizado a divulgação dos dados para fins de pesquisa científica podendo esta autorização ser retirada a qualquer momento. O participante não possui desta forma, nenhum vínculo financeiro ou material com os responsáveis pelo estudo para que sua participação seja válida.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE, APÓS ESCLARECIMENTO

Eu, _____, li e/ou ouvi o esclarecimento acima e compreendi para que serve o estudo e qual procedimento a que serei submetido. A explicação que recebi esclarece os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento, sem justificar minha decisão e que isso não afetará meu trabalho. Sei que meu nome não será divulgado, que não terei despesas e não receberei dinheiro por participar do estudo. Eu concordo em participar do estudo.

Uberaba,//.....

Assinatura do voluntário

Documento de identidade

Assinatura do pesquisador responsável

Assinatura do pesquisador orientador

Telefone de contato dos pesquisadores:

3318-5710 / 9250-3710 / 9188-8330

Em caso de dúvida em relação a esse documento, você pode entrar em contato com o Comitê Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, pelo telefone 3318-5854.

APÊNDICE B – Questionário para profissionais de saúde 1ª etapa

Data: _____ Local de trabalho: _____

A – Dados Sociodemográficos

- 1.Sexo: 1.1() Feminino 1.2() Masculino
- 2.Idade (anos completos): _____
- 3.Renda Familiar (aproximada): _____
- 4.Cor da pele: 4.1() Branca 4.2() Parda 4.3() Negra
- 5.Estado Civil: 5.1() Solteiro 5.2() Casado 5.3() Outro _____
- 6.Profissão: _____
- 7.Há quanto tempo você é graduado? _____
- 8.Há quanto tempo trabalha na Atenção Primária à Saúde? _____
- 9.Você possui alguma especialização/formação específica em saúde do idoso?
- 9.1() Não 9.2() Sim Qual? _____

B – Aspectos sobre os grupos de educação em saúde

10. Existe nessa Unidade grupos de educação em saúde? 10.1() Não 10.2() Sim
11. Se sim, quais?
- 11.1() hipertensão 11.2() gestantes 11.3() saúde da mulher 11.4() saúde do trabalhador
- 11.5() tabagismo 11.6() saúde do idoso 11.7() outros especificar _____
12. Na existência de grupo de educação em saúde para **idosos**, qual a frequência de realização?
- 12.1() 1 vez por mês 12.2() 1 vez por semana 12.3() 2 vezes na semana
- 12.4() mais de 2 vezes na semana 12.5() outros especificar: _____
13. Quem é o profissional responsável pelo grupo?
- 13.1() enfermeiro 13.2() médico 13.3() dentista 13.4() fisioterapeuta
- 13.5() outros especificar: _____
14. Quais os temas abordados no grupo de idosos?
- 14.1() alimentação 14.2() atividade física 14.3() educação sexual
- 14.4() sobre agravos 14.5() outros especificar: _____
15. Como é definido o tema a ser abordado no grupo com idosos? (Apontar um único item)
- 15.1() a partir dos conhecimentos do profissional 15.2() a partir das necessidades observadas
- 15.3() a partir das necessidades relatadas pelo idoso
- 15.4() por orientação do nível central (SMS/GRS)
- 15.5() Outros, Especifique: _____

16. Você considera importante para a melhoria da qualidade de vida do idoso, o seu efetivo envolvimento nas ações de educação em saúde?

16.1()Não 16.2()Sim

C – Aspectos sobre formação profissional

17. É oferecida educação permanente (sobre educação em saúde para idosos) para os profissionais?

17.1()Não 17.2()Sim, com qual frequência? _____

18. A sua graduação ofereceu formação suficiente para trabalhar com ações de educação em saúde para idosos? 18.1()Não 18.2()Sim

19. Que tipo de capacitação você considera necessária ao profissional de saúde para a condução de grupos de educação em saúde para idosos?

19.1() patologias específicas 19.2() aspectos didáticos 19.3() tipos de dinâmica de grupo 19.4() divulgação 19.5() planejamento 19.6() outros
especificar _____

Muito obrigada pela colaboração!

APÊNDICE C – Questionário para gerentes 1ª etapa

Data: _____ Local de trabalho: _____

A – Dados Sociodemográficos

- 1.Sexo: 1.1() Feminino 1.2() Masculino
- 2.Idade (anos completos): _____
- 3.Renda Familiar (aproximada): _____
- 4.Cor da pele: 4.1() Branca 4.2() Parda 4.3() Negra
- 5.Estado Civil: 5.1() Solteiro 5.2() Casado 5.3() Outro _____
- 6.Qual sua formação?: _____
- 7.Há quanto tempo você é graduado? _____
- 8.Há quanto tempo trabalha na Atenção Primária à Saúde? _____
9. Há quanto tempo é Gerente da Unidade de Saúde? _____
- 10.Você possui alguma especialização/formação específica em saúde do idoso?
- 10.1() Não 10.2() Sim Qual? _____

B – Aspectos sobre os grupos de educação em saúde

11. Existe nessa Unidade grupos de educação em saúde? 11.1() Não 11.2() Sim
 - 12.Se sim, quais?
 - 12.1() hiperdia 12.2() gestantes 12.3() saúde da mulher 12.4() saúde do trabalhador
 - 12.5() tabagismo 12.6() saúde do idoso 12.7() outros especificar _____
 13. Há um gerenciamento e efetiva participação/avaliação da gerência nestas atividades?
 - 13.1() Não 13.2() Sim
 - 14) Se sim, qual (is) instrumentos você utiliza para fazer a avaliação?
-
- 15.Na existência de grupo de educação em saúde para **idosos**, qual a frequência de realização?
 - 15.1() 1 vez por mês 15.2() 1 vez por semana 15.3() 2 vezes na semana
 - 15.4() mais de 2 vezes na semana 15.5() outros especificar: _____
 - 16.Quem é o profissional responsável pelo grupo?
 - 16.1() enfermeiro 16.2() médico 16.3() dentista 16.4() fisioterapeuta
 - 16.5() outros especificar: _____
 - 17.Quais os temas abordados no grupo de idosos?
 - 17.1() alimentação 17.2() atividade física 17.3() educação sexual
 - 17.4() sobre agravos 17.5() outros especificar: _____
 18. Como é definido o tema a ser abordado no grupo com idosos? (Apontar um único item)
 - 18.1() a partir dos conhecimentos do profissional 18.2() a partir das necessidades observadas
 - 18.3() a partir das necessidades relatadas pelo idoso

18.4()por orientação do nível central (SMS/GRS)

18.5() Outros, Especifique: _____

19.Você considera importante para a melhoria da qualidade de vida do idoso, o seu efetivo envolvimento nas ações de educação em saúde?

19.1()Não 19.2()Sim

C – Aspectos sobre formação profissional

20. Você tem formação gerencial? 20.1()Não 20.2()Sim

21. Se sim, houve nesta formação aprendizado sobre avaliação de ações de educação em saúde? 21.1()Não 22.2()Sim

23. É oferecida educação permanente (sobre educação em saúde para idosos) para os profissionais?

23.1()Não 23.2()Sim, com qual frequência? _____

24. Que tipo de capacitação você considera necessária ao profissional de saúde para a condução de grupos de educação em saúde para idosos?

24.1() patologias específicas 24.2 () aspectos didáticos 24.3 () tipos de dinâmica de grupo 24.4 () divulgação 24.5 () planejamento 24.6 () outros especificar _____

Muito obrigada pela colaboração!

APÊNDICE D – TCLE 3ª etapa (1º momento)

Título do Projeto: “Grupos de educação em saúde com idosos: uma proposta de capacitação para profissionais da atenção primária”

TERMO DE ESCLARECIMENTO

Você está sendo convidado (a) a participar do estudo “Grupos de educação em saúde com idosos: uma proposta de capacitação para profissionais da atenção primária” por ter participado deste curso de capacitação. Este projeto é parte integrante do projeto “Educação em Saúde para Idosos: necessidade de capacitação dos profissionais de saúde e criação de grupos no município de Uberaba”. Os avanços na área da saúde ocorrem através de estudos como este, por isso a sua participação é importante. O objetivo deste estudo é avaliar a percepção dos profissionais que participaram do curso sobre a aplicabilidade dele, e caso você participe, será necessário responder a um questionário. Para respondê-lo serão necessários de 05 a 10 minutos. Não será feito nenhum procedimento que lhe traga qualquer desconforto ou risco à sua vida. Suas respostas não serão identificadas por nome ou unidade de trabalho. Os seus dados pessoais ficarão guardados por 5 anos em local seguro e não serão publicados de nenhuma forma, somente pesquisadora e orientador terão acesso a eles. O preenchimento deste questionário não é obrigatório, porém suas respostas são extremamente importantes para este trabalho.

Você poderá obter todas as informações que quiser e poderá não participar da pesquisa ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem qualquer prejuízo. Seu nome não aparecerá em qualquer momento do estudo, pois você será identificado com um número.

Agradecemos muito o tempo que você dedicará a esta colaboração. Sua participação é muito importante.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE, APÓS ESCLARECIMENTO

Eu, _____, li e/ou ouvi o esclarecimento acima e compreendi para que serve o estudo e qual procedimento a que serei submetido. A explicação que recebi esclarece os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento, sem justificar minha decisão e que isso não afetará a participação na capacitação ou recebimento do certificado. Sei que meu nome não será divulgado, que não terei despesas e não receberei dinheiro por participar do estudo. Eu concordo em participar do estudo.

Uberaba,/...../.....

Assinatura do voluntário ou seu responsável legal

Documento de Identidade

Assinatura do pesquisador responsável

Assinatura do pesquisador orientador

Telefone de contato dos pesquisadores

3318-5710 / 9250 3710 / 9188 8330

Em caso de dúvida em relação a esse documento, você pode entrar em contato com o Comitê Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, pelo telefone 3318-5854.

APÊNDICE E – Questionário 3ª etapa (1º momento)

Instrumento de coleta de dados: percepção dos profissionais sobre a capacitação “grupos de educação em saúde para idosos”

Data: _____ Local de trabalho: _____

A – Dados Sociodemográficos e Profissionais

- 1.Sexo: 1.1() Feminino 1.2() Masculino
- 2.Idade (anos completos): _____
- 3.Profissão: _____
- 4.Há quanto tempo você é graduado? _____
- 5.Há quanto tempo trabalha na Atenção Primária à Saúde? _____
- 6.Você possui alguma especialização/formação específica em saúde do idoso?
6.1() Não 9.2() Sim Qual? _____
- 7. Existe na unidade em que você trabalha grupos de educação em saúde?
7.1() Não 7.2() Sim
- 8.Se sim, quais?
8.1() hipertensão 8.2() gestantes 8.3() saúde da mulher 8.4() saúde do trabalhador
8.5() tabagismo 8.6() saúde do idoso 8.7() outros especifique: _____
- 9.Você está nesse momento envolvido em grupos de educação em saúde?
9.1() Não 9.2() Sim Qual grupo? _____
- 9)Se você está envolvido, qual sua atuação no grupo?
9.1() líder 9.2() colaborador 9.3() outros Especifique: _____

B – Aspectos sobre o curso de capacitação

10. Você acredita que grupos de educação em saúde possam interferir na vida do idoso? Como?

11.Quais itens devem ser considerados para a criação de um grupo de educação em saúde com idosos?

APÊNDICE F – TCLE 3ª etapa (2º momento)

Título do Projeto: “Grupos de educação em saúde com idosos: uma proposta de capacitação para profissionais da atenção primária”

TERMO DE ESCLARECIMENTO

Você está sendo convidado (a) a participar do estudo “Grupos de educação em saúde com idosos: uma proposta de capacitação para profissionais da atenção primária” por ter participado deste curso de capacitação. Este projeto é parte integrante do projeto “Educação em Saúde para Idosos: necessidade de capacitação dos profissionais de saúde e criação de grupos no município de Uberaba”. Os avanços na área da saúde ocorrem através de estudos como este, por isso a sua participação é importante. O objetivo deste estudo é avaliar a percepção dos profissionais que participaram do curso sobre a aplicabilidade dele após o retorno ao trabalho, e caso você participe, será necessário responder a um questionário. Para respondê-lo serão necessários de 10 a 15 minutos. Não será feito nenhum procedimento que lhe traga qualquer desconforto ou risco à sua vida. Suas respostas não serão identificadas por nome ou unidade de trabalho. Os seus dados pessoais ficarão guardados por 5 anos em local seguro e não serão publicados de nenhuma forma, somente pesquisadora e orientador terão acesso a eles. O preenchimento deste questionário não é obrigatório, porém suas respostas são extremamente importantes para este trabalho.

Você poderá obter todas as informações que quiser e poderá não participar da pesquisa ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem qualquer prejuízo. Pela sua participação no estudo, você não receberá qualquer valor em dinheiro, mas terá a garantia de que todas as despesas necessárias para a realização da pesquisa não serão de sua responsabilidade. Seu nome não aparecerá em qualquer momento do estudo, pois você será identificado com um número.

Agradecemos muito o tempo que você dedicará a esta colaboração. Sua participação é muito importante.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE, APÓS ESCLARECIMENTO

Eu, _____, li e/ou ouvi o esclarecimento acima e compreendi para que serve o estudo e qual procedimento a que serei submetido. A explicação que recebi esclarece os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento, sem justificar minha decisão e que isso não afetará a participação na capacitação ou recebimento do certificado. Sei que meu nome não será divulgado, que não terei despesas e não receberei dinheiro por participar do estudo. Eu concordo em participar do estudo.

Uberaba,//.....

Assinatura do voluntário ou seu responsável legal

Documento de Identidade

Assinatura do pesquisador responsável

Assinatura do pesquisador orientador

Telefone de contato dos pesquisadores

3318-5710 / 9250 3710 / 9188 8330

Em caso de dúvida em relação a esse documento, você pode entrar em contato com o Comitê Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, pelo telefone 3318-5854

APÊNDICE G – Questionário 3ª etapa (2º momento)

Instrumento de coleta de dados: Percepção dos profissionais quanto à aplicação no trabalho dos conhecimentos adquiridos na capacitação “Grupos de educação em Saúde para idosos SMS/UFTM”

Data: _____ Local de trabalho: _____

Seção 1: Dados Pessoais e Funcionais

1.Sexo: () F () M Idade: _____

2.Profissão: _____

3.Há quanto tempo você é formado? _____

4.Há quanto tempo trabalha na Atenção Primária à Saúde? _____

5.Você está nesse momento envolvido em grupos de educação em saúde?

5.1() Não 5.2() Sim

6.Se sim, como é a sua participação nos grupos?

6.1() líder 6.2() colaborador () outros _____

7.Mês e Ano de realização da capacitação “Educação em saúde para idosos”: _____ / _____

Orientação

A seguir serão apresentadas afirmativas a respeito da capacitação “Grupos de Educação em saúde com idosos”. Suas respostas individuais serão confidenciais, tratadas de forma agrupada, exclusivamente pela pesquisadora. Lembre-se de que este questionário não é uma avaliação do seu desempenho. Não existem respostas certas ou erradas. O que nos interessa é sua opinião.

Leia atentamente o conteúdo das afirmativas abaixo e avalie o quanto cada uma delas descreve o que você pensa a respeito do influencia exercida pelo Curso de Capacitação “Grupos de Educação em Saúde com Idosos” no trabalho que você realiza, considerando para tal o período desde o término do curso até a data de hoje. Pense também no apoio que vem recebendo para usar no seu trabalho o que aprendeu no curso.

Para responder, escolha o ponto da escala que melhor descreve a sua resposta e marque um “x” para cada item.

Seção 2: Impacto do Treinamento no Trabalho

	5	4	3	2	1
	Concordo totalmente	Concordo	Não concordo, nem discordo	Discordo um pouco	Discordo totalmente
1. Utilizo, com frequência, em meu trabalho atual, o que foi ensinado na capacitação.					
2. Aproveito as oportunidades que tenho para colocar em					

prática o que me foi ensinado na capacitação.					
3. As habilidades que aprendi no treinamento fizeram com que eu cometesse menos erros, em meu trabalho, em atividades relacionadas ao conteúdo da capacitação.					
4. Recordo-me bem dos conteúdos ensinados na capacitação.					
5. Quando aplico o que aprendi na capacitação, executo meu trabalho com maior rapidez.					
6. A qualidade do meu trabalho melhorou nas atividades diretamente relacionadas ao conteúdo da capacitação.					
7. A qualidade do meu trabalho melhorou mesmo naquelas atividades que não pareciam estar relacionadas ao conteúdo da capacitação.					
8. Minha participação na capacitação serviu para aumentar minha motivação para o trabalho.					
9. Minha participação nessa capacitação aumentou minha autoconfiança (Agora tenho mais confiança na minha capacidade de executar meu trabalho com sucesso).					
10. Após minha participação na capacitação, tenho sugerido, com mais frequência, mudanças nas rotinas de trabalho.					
11. Essa capacitação que fiz tornou-me mais receptivo a mudanças no trabalho.					
12. A capacitação que fiz beneficiou meus colegas de trabalho, que aprenderam comigo algumas novas habilidades.					

13) Você considera que essa capacitação modificou as suas ações relacionadas à educação em saúde com idosos? Como?

14) Existe algo que você aprendeu na capacitação e, até esse momento, utilizou no seu trabalho?

Nas próximas três seções existem algumas afirmações relativas ao apoio que a instituição oferece para que você possa utilizar no seu trabalho o que aprendeu na capacitação.

Gostaríamos de conhecer sua opinião. Pense no período desde o término do curso até a data de hoje e avalie cada afirmativa.

ATENÇÃO! Para responder às próximas questões utilize a **nova** escala abaixo e marque um “x” para cada item.

Seção 3: Suporte à transferência: Suporte Psicossocial - Fatores Situacionais de Apoio

	5	4	3	2	1
	Sempre ocorre	Frequente-mente	Algumas Vezes	Raramente	Nunca ocorre
1. Tenho tido oportunidades de usar no meu trabalho as habilidades que aprendi na capacitação.					
2. Falta-me tempo para aplicar no trabalho o que aprendi na capacitação.					
3. Os objetivos de trabalho estabelecido pelo meu chefe encorajam-me a aplicar o que aprendi na capacitação.					

4. Os prazos de trabalhos inviabilizam o uso das habilidades que eu aprendi na capacitação.					
5. Tenho tido oportunidades de praticar habilidades importantes (recém-adquiridas na capacitação), mas, comumente, pouco usadas no trabalho.					
6. Os obstáculos e dificuldades associados à aplicação das novas habilidades que adquiri na capacitação são identificados e removidos por meu chefe.					
7. Tenho sido encorajado por minha chefia imediata a aplicar, no meu trabalho, o que aprendi na capacitação.					
8. Meu chefe imediato tem criado oportunidades para planejar comigo o uso das novas habilidades.					
9. Eu recebo as informações necessárias à correta aplicação das novas habilidades no meu trabalho.					

Seção 4: Suporte à transferência: Suporte Psicossocial - Consequências Associadas ao Uso das Novas Habilidades

	5	4	3	2	1
	Sempre ocorre	Frequente-mente	Algumas Vezes	Raramente	Nunca ocorre
10. Em meu ambiente de trabalho, minhas sugestões, em relação ao que foi ensinado na capacitação, são levadas em consideração.					
11. Meus colegas mais experientes apoiam as tentativas que faço de usar no trabalho o que aprendi na capacitação.					
12. Aqui, passam despercebidas minhas tentativas de aplicar no trabalho as novas habilidades que aprendi na capacitação.					
13. Minha organização (membros envolvidos em minha unidade de trabalho) ressalta mais os					

aspectos negativos (ex.: lentidão, dúvidas) do que os positivos em relação ao uso das novas habilidades.					
14. Tenho recebido elogios quando aplico corretamente no trabalho as novas habilidades que aprendi.					
15. Quando tenho dificuldades em aplicar eficazmente as novas habilidades, recebo orientações sobre como fazê-lo.					
16. Chamam minha atenção quando cometo erros ao utilizar as habilidades que adquiri na capacitação.					

Seção 5: Suporte à transferência: Suporte Material

	5	4	3	2	1
	Sempre ocorre	Frequente-mente	Algumas Vezes	Raramente	Nunca ocorre
17. Minha organização (unidade de trabalho) tem fornecido os recursos materiais (equipamentos, materiais, mobiliário e similares) necessários ao bom uso, no trabalho, das habilidades que aprendi na capacitação.					
18. Os móveis, materiais, equipamentos e similares têm estado disponíveis em quantidade suficiente à aplicação do que aprendi na capacitação.					
19. Os materiais por mim utilizados estão em boas condições de uso.					
20. As ferramentas de trabalho (computadores, máquinas e similares) são de qualidade compatível com o uso das novas habilidades.					
21. O local onde trabalho, no que se refere ao espaço, mobiliário, iluminação, ventilação e/ou nível de ruído, é adequado à aplicação correta das habilidades que adquiri na capacitação.					
22. Minha organização tem					

fornecido o suporte financeiro extra (ex.: chamadas telefônicas de longa distância, viagens ou similares) necessários ao uso das novas habilidades aprendidas na capacitação.					
---	--	--	--	--	--

Observações e sugestões:

Fonte: ABBAD, G. et al. Medidas de Avaliação em Treinamento, Desenvolvimento e Educação: Ferramentas para gestão de pessoas. Porto Alegre: Artmed, 2012.

Muito obrigada pela colaboração!

ANEXO A - Parecer do Comitê de Ética



5/5

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO – Uberaba(MG)
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA-CEP

Parecer Consubstanciado

PROTOCOLO DE PROJETO DE PESQUISA COM ENVOLVIMENTO DE SERES HUMANOS

IDENTIFICAÇÃO

TÍTULO DO PROJETO: Educação em Saúde para Idosos: necessidade de capacitação dos profissionais de saúde e criação de grupos no município de Uberaba
PESQUISADOR(A) RESPONSÁVEL: Alvaro da Silva Santos
INSTITUIÇÃO ONDE SE REALIZARÁ A PESQUISA: UFTM
DATA DE ENTRADA NO CEP/UFTM: 20-04-2010
PROTOCOLO CEP/UFTM: 1658

publicações afim de divulgação do conhecimento científico, em revistas da área, bem como assessoria a outras unidades fora do grupo-piloto.

9. **JUSTIFICATIVA DE SUSPENSÃO TERAPÊUTICA ("Wash out")** – Não pertinente.

10. **JUSTIFICATIVA DO USO DE PLACEBO** – Não pertinente.

11. **ORÇAMENTO FINANCEIRO DETALHADO DA PESQUISA**

10 Papel Chamex R\$ 80,00 / 15 canetas R\$ 10,00 / 1 Computador R\$ 1.600,00 / 1 Impressora a Laser R\$ 500,00 / 4 Tintas coloridas HP R\$ 180,00 / 10 tintas pretas HP R\$ 300,00 / 2 Gravadores R\$ 100,00 230 passos de ônibus – R\$ 500,00 – Total 3.370,00. Os custos descritos vão correr por conta de aprovação do projeto pela FAPEMIG que já foi enviado referente ao Edital 09/2010.

12. **FORMA E VALOR DA REMUNERAÇÃO DO PESQUISADOR**

O pesquisador recebe o salário de Professor Adjunto da UFTM. Os alunos estão pleiteando bolsa de iniciação científica.

13. **ADEQUAÇÃO DO TERMO DE CONSENTIMENTO E FORMA DE OBTÊ-LO**

O consentimento livre e esclarecido será obtido pelos entrevistadores antes da realização da coleta de dados.

14. **ESTRUTURA DO PROTOCOLO** – O protocolo foi adequado para atender às determinações da Resolução CNS 196/96.

15. **COMENTÁRIOS DO RELATOR, FRENTE À RESOLUÇÃO CNS 196/96 E COMPLEMENTARES**

PARECER DO CEP: APROVADO

(O relatório anual ou final deverá ser encaminhado um ano após o início do processo).

DATA DA REUNIÃO: 25/06/2010

Prof. Ana Palmira Soares dos Santos
Coordenadora

ANEXO B - Autorização da SMS/Uberaba



Sistema
Único de
Saúde

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Departamento de Gestão do Trabalho e
da Educação em Saúde
Centro de Educação em Saúde
Núcleo de Integração Ensino/Serviço



INFORMAÇÃO Nº. 11/2010

Uberaba, 29 de abril de 2010.

Senhor Secretário,

Chega a este Departamento a solicitação de autorização para realização da pesquisa:

Instituição de Ensino: Universidade Federal do Triângulo Mineiro - UFTM

Curso: Enfermagem

Título: Educação em saúde para idosos – necessidades de capacitação dos profissionais de saúde e criação de grupos no município.

Local de realização: Unidades de Saúde da Atenção Básica.

Objetivo: Proporcionar através dos resultados de pesquisa, ações de capacitação de profissionais e criação de ações de extensão em educação em saúde para idosos.

Justificativa: As ações educativas podem garantir uma velhice saudável propiciando autonomia e independência ao idoso.

Após conclusão da pesquisa o solicitante se responsabiliza pelo encaminhamento de uma cópia e apresentação da mesma para a equipe técnica desta Secretaria, como forma de socialização do conhecimento e fortalecimento das práticas cotidianas do trabalho em saúde no SUS.

Às considerações do Secretário Municipal de Saúde.

Carla Aparecida Leite

Diretora do Departamento de Gestão do Trabalho e de Educação em Saúde

- (*) Deferido
() Indeferido

Valdemar Hial

Secretário Municipal de Saúde

Ciente do Solicitante, 24/05/2010. Álvaro da Silva Santos
Álvaro da Silva Santos – CPF- 040096898-38