

UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* EM ATENÇÃO À SAÚDE
DOUTORADO EM ATENÇÃO À SAÚDE

Michael Douglas Silva

Educação permanente: Assistência dos enfermeiros da Atenção Primária à Saúde
aos idosos com sintomas depressivos

Uberaba
2025

Michael Douglas Silva

Educação permanente: Assistência dos enfermeiros da Atenção Primária à Saúde
aos idosos com sintomas depressivos

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação *stricto sensu* em Atenção à Saúde da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, como requisito para a obtenção do título de Doutor.

Linha de Pesquisa: Atenção à saúde das populações.

Eixo Temático: Saúde do Idoso.

Orientadora: Prof. Dra. Leiner Resende Rodrigues

Uberaba

2025

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

S581e	Silva, Michael Douglas Educação permanente: assistência dos enfermeiros da atenção primária à saúde aos idosos com sintomas depressivos / Michael Douglas Silva. -- 2025. 84 f. : tab. Tese (Doutorado em Atenção à Saúde) -- Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, MG, 2025 Orientadora: Profa. Dra. Leiner Resende Rodrigues 1. Idoso. 2. Depressão. 3. Atenção primária à saúde. 4. Educação continuada em enfermagem I. Rodrigues, Leiner Resende. II. Universidade Federal do Triângulo Mineiro. III. Título. CDU 613.98
-------	--

Michael Douglas Silva

Educação permanente: Assistência dos enfermeiros da Atenção Primária à Saúde
aos idosos com sintomas depressivos

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação
stricto sensu em Atenção à Saúde da Universidade
Federal do Triângulo Mineiro, como requisito para a
obtenção do título de Doutor.
Linha de Pesquisa: Atenção à saúde das populações.
Eixo Temático: Saúde do Idoso.

Uberaba, 21 de Fevereiro de 2025

Banca Examinadora:

Documento assinado digitalmente
 **LEINER RESENDE RODRIGUES**
Data: 25/02/2025 14:54:23-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Profa Dra. Leiner Resende Rodrigues
Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Documento assinado digitalmente
 **FERNANDA BONATO ZUFFI**
Data: 26/02/2025 15:05:49-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Profa Dra. Fernanda Bonato Zuffi
Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Documento assinado digitalmente
 **BETHANIA FERREIRA GOULART**
Data: 25/02/2025 18:33:15-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Profa Dra. Bethania Ferreira Goulart
Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Documento assinado digitalmente
 **JUDETE SILVA NUNES**
Data: 27/02/2025 12:39:32-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Enf.^a Dra. Judete Silva Nunes
Secretaria Municipal de Saúde de Uberaba

Documento assinado digitalmente
 **SHERON HELLEN DA SILVA PIMENTA**
Data: 26/02/2025 19:11:58-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Enf. Dra. Sheron Hellen da Silva Pimenta
Secretaria Municipal de Saúde de Uberaba

RESUMO

SILVA, M. D. **Educação permanente:** Assistência dos enfermeiros da Atenção Primária à Saúde aos idosos com sintomas depressivos, 84 f. 2025. Tese (Doutorado em Atenção à Saúde) – Pós-Graduação em Atenção à Saúde, Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, 2024.

A informação em saúde é uma das principais ferramentas na Atenção Primária em Saúde (APS), sendo essencial para contribuir na inserção de ações tanto no planejamento quanto na execução do cuidado com a saúde mental do idoso. Diante disso, o estudo se torna relevante, visando promover uma melhora do conhecimento de estratégias aplicáveis, servindo como futuras intervenções e metodologias a serem trabalhadas pelos profissionais de saúde, em específico pelos enfermeiros, no atendimento aos idosos com sintomas depressivos. Esta pesquisa possui o objetivo de desenvolver e avaliar o efeito de uma educação permanente na assistência dos enfermeiros da APS aos idosos com sintomas depressivos. Trata-se de um estudo com abordagem quali-quantitativa, que utiliza como estratégia metodológica a pesquisa-ação, que se organiza em quatro etapas: fase exploratória; fase de pesquisa aprofundada; fase de ação; e fase de avaliação. O estudo foi desenvolvido em uma cidade do interior de Minas Gerais, com os enfermeiros atuantes na APS. A coleta de dados para a etapa de diagnóstico e avaliação da ação foi realizada no local de trabalho dos participantes. Para a análise dos dados, as informações quantitativas foram digitadas no Excel e analisadas no programa *Software Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) versão 20.0; já as informações qualitativas foram analisadas de acordo com o referencial da análise de conteúdo. Para a capacitação, foram realizados quatro encontros presenciais de duas horas cada. As palestras aconteceram na Secretaria Municipal de Saúde do município, conduzidas através de aula dialogada, com o uso de *PowerPoint*. Durante a realização da capacitação, os participantes tiveram a oportunidade de expor as suas vivências, experiências, sentimentos e sugestões quanto às temáticas abordadas. Foram aplicadas duas questões discursivas logo após a capacitação. Depois de 30 e 120 dias foram aplicadas as Escalas de Impacto do Treinamento no Trabalho e Suporte à Transferência, juntamente com um questionário de duas questões discursivas, para avaliar de forma quantitativa e qualitativa os efeitos da capacitação. Quanto à identificação dos participantes destaca-se que a idade média foi de 42,11 ($\pm 9,46$) anos; todos os participantes eram do sexo feminino. A correlação entre os instrumentos na avaliação de 30 dias apontou que os resultados da escala de Impacto do Treinamento e a seção de Suporte Psicossocial se correlacionavam de forma positiva e moderada ($r=0,419$; $p=0,03$), assim como na análise de 120 dias ($r=0,400$; $p=0,05$). Considerando os resultados entre 30 e 120 dias é possível observar que houve uma queda mínima nas médias do instrumento Impacto do Treinamento no Trabalho, de 3,74 pontos para 3,68 e na seção de Suporte Psicossocial de 2,97 para 2,94, porém a seção de Suporte Material obteve um aumento de 2,67 para 2,72, diferenças não significativas. Os resultados deste estudo apontam que a atividade educativa proposta foi bem-sucedida na percepção dos participantes, uma vez que os resultados demonstraram impacto moderado da atividade nas práticas profissionais, além de ser possível observar nas falas dos

participantes inúmeras mudanças práticas realizadas pelos mesmos após o término da capacitação.

Palavras-Chave: Idoso; Educação Continuada; Depressão; Enfermagem.

ABSTRACT

SILVA, M. D. **Continuing education:** Primary Health Care nurses' assistance to elderly individuals with depressive symptoms, 84 p. 2025. Thesis (Doctorate in Health Care) - Postgraduate in Health Care, Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, 2024.

Health information is one of the main tools in Primary Health Care (PHC), and is essential to contribute to the inclusion of actions in both the planning and execution of mental health care for the elderly. Therefore, the study becomes relevant, aiming to promote an improvement in the knowledge of applicable strategies, serving as future interventions and methodologies to be worked on by health professionals, specifically nurses, in the care of elderly people with depressive symptoms. This research aims to develop and evaluate the effect of continuing education in the care provided by PHC nurses to elderly people with depressive symptoms. This is a study with a qualitative and quantitative approach, which uses action research as a methodological strategy, which is organized in four stages: exploratory phase; in-depth research phase; action phase; and evaluation phase. The study was developed in a city in the interior of Minas Gerais, with nurses working in PHC. Data collection for the diagnostic and evaluation stage of the action was carried out at the participants' workplace. Quantitative information was entered into Excel and analyzed using the Statistical Package for Social Sciences (SPSS) version 20.0; qualitative information was analyzed using the content analysis framework. Four 2-hour face-to-face meetings were held for the training. The lectures were held at the city's Municipal Health Department and were conducted through a dialogue-based class using PowerPoint. During the training, participants had the opportunity to share their experiences, feelings, and suggestions regarding the topics covered. Two discursive questions were applied immediately after the training. After 30 and 120 days, the Training Impact on the Job and Transfer Support Scales were applied, along with a questionnaire with two discursive questions, to assess the effects of the training quantitatively and qualitatively. Regarding the identification of the participants, it is worth noting that the average age was 42.11 (± 9.46) years; all participants were female. The correlation between the instruments at 30 days indicated that the results of the Training Impact scale and the Psychosocial Support section correlated positively and moderately ($r=0.419$; $p=0.03$), as well as in the 120-day analysis ($r=0.400$; $p=0.05$). Considering the results between 30 and 120 days, it is possible to observe that there was a minimal drop in the averages of the Training Impact instrument, from 3.74 points to 3.68, and in the Psychosocial Support section from 2.97 to 2.94, however, the Material Support section obtained an increase from 2.67 to 2.72, differences that were not significant. The results of this study indicate that the

proposed educational activity was successful in the participants' perception, since the results demonstrated a moderate impact of the activity on professional practices, in addition to being possible to observe in the participants' statements numerous practical changes made by them after the end of the training.

Keywords: Elderly; Continuing Education; Depression; Nursing.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Dados de identificação dos enfermeiros atuantes na APS do município (2024).	26
Tabela 2 - Medidas-resumo do impacto e suporte referente à Educação Permanente em Saúde (EPS), após 30 dias da atividade educativa (2024).	34
Tabela 3 - Respostas à seção “Suporte Psicossocial” após 30 dias da atividade de educação permanente (2024).	34
Tabela 4 - Respostas à seção “Suporte Material”, após 30 dias da atividade de educação permanente (2024).	36
Tabela 5 - Respostas do instrumento Impacto do Treinamento no Trabalho, após 30 dias da atividade de educação permanente (2024).	37
Tabela 6 - Medidas-resumo do impacto e suporte referente à Educação Permanente em Saúde (EPS), após 120 dias da atividade educativa (2024).	39
Tabela 7 - Respostas à seção “Suporte Psicossocial” após 120 dias da atividade de educação permanente (2024).	40
Tabela 8 - Respostas à seção “Suporte Material”, após 120 dias da atividade de educação permanente (2024).	42
Tabela 9 - Respostas à escala Impacto do Treinamento, após 120 dias da atividade de educação permanente (2024).	43
Tabela 10 - Correlação entre as escalas de impacto do treinamento no trabalho e suporte a transferência com 30 dias (2024).	44
Tabela 11 - Correlação entre as escalas de impacto do treinamento no trabalho e suporte a transferência com 120 dias (2024).	45
Tabela 12 - Comparação entre Medidas-resumo do impacto e suporte referente à Educação Permanente em Saúde (EPS), após 30 e 120 dias da atividade educativa (2024).	46

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	7
2	APORTE TEÓRICO	8
2.1	ENVELHECIMENTO POPULACIONAL	8
2.2	SAÚDE MENTAL E DEPRESSÃO NO ENVELHECIMENTO	9
2.3	ASSISTÊNCIA DO ENFERMEIRO AOS IDOSOS COM SINTOMAS DEPRESSIVOS	11
2.4	EDUCAÇÃO PERMANENTE PARA OS ENFERMEIROS	12
2.5	JUSTIFICATIVA	13
3	OBJETIVO GERAL	15
3.1	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	15
4	MATERIAL E MÉTODOS	15
4.1	TIPO DE PESQUISA	15
4.2	CENÁRIO DO ESTUDO	18
4.4	POPULAÇÃO DO ESTUDO	18
4.4.1	Critérios de inclusão e exclusão – Primeira etapa	18
4.4.2	Critérios de inclusão e exclusão – Segunda e Terceira etapas	18
4.5	PROCEDIMENTOS DE COLETA E ANÁLISE DOS DADOS	19
4.5.1	Primeira etapa: Diagnóstico da situação	19
4.5.1.1	<i>Análise dos dados</i>	20
4.5.2	Segunda etapa: Planejamento e implementação da atividade de educação permanente	21
4.5.3	Terceira etapa: Avaliação da ação implementada	22
4.5.3.1	<i>Análise dos dados</i>	24
4.6	ASPECTOS ÉTICOS	25
5	RESULTADOS	26
5.1	DIAGNÓSTICO SITUACIONAL	26
5.1.1	Atendimento ao idoso com sintomas depressivos	27
5.1.2	Autopercepção dos enfermeiros sobre a assistência ao idoso com sintomas depressivos	28
5.1.3	Dificuldades no atendimento ao idoso com sintomas depressivos	29
5.1.4	Temas relevantes a serem abordados em uma educação	

	permanente sobre o atendimento ao idoso depressivo	29
5.2	DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES REALIZADAS	30
5.3	AVALIAÇÃO APÓS A CAPACITAÇÃO	30
5.3.1	Conhecimento do fluxo de atendimento no município	31
5.3.2	Sinais e sintomas de depressão em idosos	31
5.3.3	Estratégias práticas aprendidas para a aplicação no trabalho	32
5.3.4	Dificuldades visualizadas pelos participantes quanto ao atendimento aos idosos com sintomas depressivos	32
5.4	AVALIAÇÃO DO TREINAMENTO APÓS 30 DIAS	33
5.5	AVALIAÇÃO DO TREINAMENTO APÓS 120 DIAS	39
5.6	COMPARAÇÕES E CORRELAÇÃO ENTRE OS INSTRUMENTOS E RESULTADOS DE 30 DIAS E 120 DIAS	44
5.7	PERCEPÇÕES DOS ENFERMEIROS QUANTO À CAPACITAÇÃO	47
5.7.1	Mudanças comportamentais do profissional após as capacitações	47
5.7.2	Ações práticas implementadas	48
5.7.3	Dificuldades na implementação das ações discutidas nas capacitações	49
6	DISCUSSÃO	50
6.1	PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E PROFISSIONAL	50
6.2	AÇÃO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE	51
6.3	AVALIAÇÃO DA CAPACITAÇÃO	52
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	58
	REFERÊNCIAS	60
	APÊNDICE A – AUTORIZAÇÃO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE	69
	APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	71
	APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE, APÓS ESCLARECIMENTO	72
	APÊNDICE D – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	73
	APÊNDICE E – QUESTIONÁRIO DE PERCEPÇÃO DOS ENFERMEIROS	75
	APÊNDICE F – QUESTIONÁRIO APÓS A EDUCAÇÃO	

PERMANENTE	76
ANEXO A – ESCALAS DE IMPACTO DO TREINAMENTO NO TRABALHO E SUPORTE À TRANSFERÊNCIA	77

1 INTRODUÇÃO

Existe um grande desafio com relação à compreensão do processo de envelhecimento populacional, no que diz respeito à ausência de políticas públicas adequadas direcionadas aos idosos. Frequentemente observam-se descontentamentos com os serviços disponíveis, obstáculos no acesso aos serviços e falta de resolução efetiva. Isso ressalta a necessidade de uma reavaliação do respeito concedido aos idosos com relação ao seu direito aos serviços gratuitos (Santos et al., 2021).

Dentre as diversas queixas referidas pelos idosos, destacam-se os sintomas depressivos, podendo ser um fator preponderante quando combinados com outras comorbidades, o que aumenta a mortalidade nos idosos, especialmente do sexo masculino, acima de 75 anos de idade e com menores desempenhos cognitivos. É importante destacar que a depressão no envelhecimento é possível de ser identificada precocemente e iniciar o tratamento, sendo que quanto antes iniciado o acompanhamento, menor as consequências da doença (Nascimento et al., 2022).

Transtornos de humor em idosos representam um desafio global significativo para a saúde mental à luz do rápido aumento demográfico de idosos em todo o mundo. A prevalência de transtornos de humor, incluindo a depressão, ressalta a necessidade urgente de intervenções eficazes e acessíveis para promover o bem-estar emocional e psicológico de idosos. Uma abordagem multidisciplinar, integrando a expertise de profissionais de saúde mental é crucial para a avaliação e o gerenciamento abrangente desses transtornos. Essa abordagem garante uma avaliação holística e integrada dos indivíduos afetados, facilitando o desenvolvimento de estratégias de intervenção eficazes (Bezerra et al., 2024).

Medidas de rastreio de comorbidades e de sintomas depressivos, feitas pelos profissionais de saúde da Atenção Primária à Saúde (APS), como os enfermeiros, são essenciais para compor a linha de cuidado e de conduta individualizados de atendimento a essa população, principalmente ao se estratificar o risco de depressão e atuar na prevenção da sintomatologia depressiva (Nascimento et al., 2022).

Torna-se imprescindível adotar medidas educativas para a criação de hábitos de vida saudáveis, compreendendo a população de risco e os profissionais

devidamente competentes e envolvidos no compartilhamento de conhecimentos (Seabra et al., 2019).

2 APORTE TEÓRICO

2.1 ENVELHECIMENTO POPULACIONAL

O envelhecimento populacional é um fenômeno relacionado à mudança na estrutura etária da população e acontece a longo prazo, dependendo mais da queda da fecundidade do que do aumento da longevidade ou da esperança de vida (Giordani; Cinelli; Nickel, 2020).

Mesmo dentro de uma mesma cidade, as taxas de expectativa de vida podem variar de acordo com a renda, posição social e origem cultural (Cepellos, 2021). As projeções revelam que até 2050, 80% da população idosa viverá em países não desenvolvidos. Entretanto, considera-se que mesmo em países ricos e com sistemas de saúde fortes, envelhecer nem sempre é uma tarefa fácil, devido à falta de independência, acessibilidade e autonomia. Dessa forma, nota-se que os países de baixa e média renda têm uma lacuna muito maior a preencher (OMS, 2019).

Ao longo dos anos, a expectativa de vida aumentou em muitos países, principalmente devido à redução da mortalidade infantil, mas isso não significa que o número de anos (jovens e adultos) vividos sem deficiência, medidos em DALYs (diariamente por incapacidade ajustado em anos de vida) tenha sido reduzido. Portanto, a partir desses dados, espera-se que uma pessoa viva sete anos de sua vida em condições precárias de saúde, exigindo atenção social, nutricional, emocional e de saúde, impactando diretamente no cenário global do bem-estar. Essa situação varia de país para país, atingindo números preocupantes. Uma grande diferença pode ser observada entre expectativa de vida e vida saudável entre nações ricas e pobres (Oliveira et al., 2022).

A saúde global precisa se adaptar a essa mudança demográfica, que pode ser observada com um aumento significativo no percentual de idosos. Além disso, é preciso aumentar a expectativa de vida saudável e garantir um envelhecimento bem-sucedido em um mundo superpovoado. Mudanças no estilo de vida são obrigatórias nos dias atuais, a partir da atividade física regular, que pode alterar a relação

fisiológica e psicológica do envelhecimento, e os hábitos alimentares, considerando não apenas a qualidade, mas também a segurança alimentar e hídrica da população. Além disso, o consumo de carne, o plástico de uso único e a poluição industrial são fatores de risco intimamente ligados ao estresse, que devem estar correlacionados às condições limitantes do envelhecimento populacional e à segurança absoluta da população mundial (Díez-Herrero; Garrote, 2020).

Mudanças e perdas fazem parte do envelhecimento. A partir dos 40 anos, um indivíduo perde cerca de um centímetro de altura a cada década, principalmente devido à diminuição da altura vertebral, que está relacionada à osteopenia e outras alterações degenerativas na coluna. Ademais, a pele fica mais fina e frágil, menos elástica e menos oleosa, assim como a visão que também pode diminuir, especialmente com objetos próximos. A audição diminui gradualmente ao longo dos anos, mas geralmente não afeta a vida diária. Com a idade, o cérebro perde peso e volume devido à perda de neurônios, mas apesar da redução, a função mental permanece até o fim da vida (Jardim; Medeiros; Brito, 2019).

Uma análise comparativa dos achados relacionados ao processo de envelhecimento revela as diversas formas de indiferença e privação que os idosos encontram em suas vidas diárias. Para alguns, suas circunstâncias são consideradas aceitáveis, enquanto outros acham desconcertante ser limitado em suas vidas diárias, pois se percebem capazes e em ótimas condições físicas e mentais, mas a sociedade impõe limitações com a intenção de poupá-los do esforço físico, gerando assim sua dependência de outros (Queiroz et al., 2020).

É um fato reconhecido que os idosos desempenham um papel fundamental na sociedade, contribuindo significativamente com suas experiências de vida e princípios familiares, apesar dos inúmeros obstáculos encontrados ao longo da vida. O estabelecimento de redes de apoio foi identificado como um fator-chave para facilitar o desenvolvimento social e aumentar a longevidade. Isso é alcançado por meio da formulação de planos abrangentes que incluem considerações de saúde, com o objetivo de garantir a eficácia do processo de envelhecimento. O envelhecimento ativo, conforme proposto por Ramos et al. (2021), é definido como o envolvimento ativo do idoso no ambiente social, sem a perda de seu valor inerente (Ramos et al., 2021).

2.2 SAÚDE MENTAL E DEPRESSÃO NO ENVELHECIMENTO

No contexto do processo de envelhecimento, Manchana (2023) afirma que a terceira idade necessita de cuidados fundamentais para garantir um envelhecimento saudável. Consequentemente, a promoção do envelhecimento saudável depende de uma abordagem multifacetada, abrangendo fatores pertinentes tanto ao indivíduo quanto ao seu ambiente imediato. A ênfase deve mudar da mera duração da vida para a maneira como ela é vivida, com foco na preservação da autonomia e na garantia da integração dos idosos na sociedade (Bosch-Farré et al., 2020).

A lacuna existente em torno das questões de saúde mental é complexa e reflete nossas sociedades multilaterais. Uma das falhas mais importantes está relacionada à falta de métodos estratégicos de mensuração da qualidade da atenção em saúde mental, o que dificulta a melhoria dos sistemas de saúde. Para ajudar a resolver alguns desses problemas, alguns países adotaram formas de coleta de dados para medir e melhorar a qualidade da saúde mental (OMS, 2021).

A depressão é um transtorno de natureza mental que envolve tanto fatores biológicos quanto psicossociais, e quando considerado a terceira idade, apresenta características particulares do processo natural de envelhecimento (Silva et al., 2012). Essas particularidades se apresentam devido à necessidade do idoso se adaptar às alterações do processo de envelhecimento, como a independência dos filhos, a aposentadoria, a perda de renda, a diminuição das possibilidades de lazer, as mudanças na imagem, o isolamento social, a perda de cônjuges e amigos, a polifarmácia e as comorbidades (Rizzolli; Surdi, 2010).

O apoio familiar impacta diretamente no potencial de melhorar a saúde na vida adulta. Além disso, a capacidade de relatar felicidade é reconhecida, juntamente com o entendimento de que a solidão e o isolamento têm o potencial de reduzir a expectativa de vida pela metade, tanto física quanto mentalmente. É notável que a psicologia tem uma relação direta com a forma como os pacientes vivenciam subjetivamente o cuidado (Manchana, 2023).

Um estudo com idosos moradores da área rural identificou que 8,1% dos idosos cumpriram os critérios para o rastreio de Episódio Depressivo Maior, sendo que as variáveis: sexo, uso de medicamento contínuo, comorbidades crônicas e percepção de saúde foram associadas aos resultados. Além desses resultados, foi identificado como fator protetivo o peso do indivíduo: cada kg/m² protegia a sintomatologia depressiva (Corrêa et al., 2020)

Uma questão importante referente à saúde mental, notadamente a depressão, diz respeito ao subdiagnóstico da condição, um fator que exerce uma influência substancial no gerenciamento e prevenção da doença. A depressão em idosos é uma condição prevalente e complexa que afeta significativamente a qualidade de vida desse grupo demográfico. O diagnóstico de depressão em idosos apresenta um conjunto único de desafios, em grande parte devido à complexidade clínica e à presença de comorbidades, que podem obscurecer ou exacerbar os sintomas depressivos. O processo de diagnóstico é ainda mais complicado em razão de fatores como o estigma associado à saúde mental, a variabilidade na apresentação dos sintomas e as limitações cognitivas que são comuns nessa faixa etária (Garate et al., 2024).

A literatura evidencia que há uma necessidade urgente de implementação de políticas públicas voltadas para a assistência, prevenção e promoção da saúde de idosos com relação à saúde mental, especificamente. A criação de programas que direcionem e capacitem os profissionais para o atendimento em saúde mental deve visar o rastreamento e diagnóstico precoce de quadros depressivos, assim como devem propiciar o acompanhamento do tratamento e da sintomatologia (Corrêa et al., 2020).

2.3 ASSISTÊNCIA DO ENFERMEIRO AOS IDOSOS COM SINTOMAS DEPRESSIVOS

O estabelecimento de um relacionamento terapêutico positivo, envolvendo uma escuta qualificada e a criação do vínculo, além da demonstração de empatia e a criação de um ambiente seguro, são cruciais para a aquisição precisa e confiável de informações durante entrevistas diagnósticas. A criação de uma abordagem atenciosa e respeitosa por profissionais é fundamental para promover uma atmosfera de abertura, na qual os pacientes são encorajados a compartilhar suas experiências e preocupações (Marques et al., 2022).

Observa-se a insegurança dos profissionais em lidar diretamente com o processo de envelhecimento e com a palavra morte, sendo que muitos evitam mencioná-la. Esta constatação está alinhada com os resultados desta pesquisa, na qual se destaca que a resistência em discutir a temática é um dos principais motivos das dificuldades encontradas (Cepellos, 2021).

Ao considerar a depressão em adultos mais velhos, é imperativo reconhecer o potencial subdiagnóstico e subtratamento que podem ocorrer, muitas vezes devido à sobreposição de sintomas com outras condições médicas e à suposição errônea de que a tristeza é um aspecto inerente ao processo de envelhecimento (Bezerra et al., 2024). Um diagnóstico preciso e um tratamento adequado são essenciais para melhorar a qualidade de vida e o bem-estar de idosos que sofrem de depressão.

É vital coletar informações detalhadas sobre o histórico, os sintomas e o funcionamento diário do paciente, bem como possíveis fatores de risco e gatilhos, por meio de avaliações clínicas planejadas. Essas avaliações envolvem a aplicação de escalas padronizadas, testes psicológicos e observações clínicas cuidadosas, além de fornecer *insights* valiosos sobre a gravidade dos sintomas, o impacto no funcionamento e a presença de comorbidades (Padro; Cardoso, 2022).

A avaliação da depressão em idosos representa um domínio fundamental no campo da geriatria, dada a prevalência considerável dessa condição nessa faixa etária. Uma variedade de instrumentos e questionários são empregados para o diagnóstico e avaliação da depressão em idosos, cada um com suas características únicas e aplicações específicas (Garate et al., 2024).

É imperativo que os enfermeiros possuam uma compreensão abrangente das características únicas de cada paciente, ouvindo atentamente suas preocupações, observando seus desafios e colaborando com a equipe multidisciplinar para identificar mecanismos eficazes de tratamento para a depressão. O envolvimento da família neste processo é primordial, pois está bem estabelecido que a recuperação da depressão é influenciada pela relação entre o indivíduo e seu ambiente, bem como pela relação entre o sujeito e os outros (Silva, 2021). Consequentemente, a abordagem mais eficaz para criar um vínculo com o paciente é demonstrar presença consistente, escuta ativa, compreensão empática e apoio (Capra et al., 2022).

2.4 EDUCAÇÃO PERMANENTE PARA OS ENFERMEIROS

Ao estabelecer a Educação Permanente em Saúde (EPS), o objetivo central da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) é facilitar a aquisição de conhecimento e a formação de profissionais de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). A ambição abrangente desta iniciativa era efetuar uma transformação nos serviços prestados pelos profissionais de saúde. A proposta

da EPS está ancorada na aprendizagem significativa e baseia-se na contextualização das necessidades locais e regionais dos profissionais de saúde e da população. O programa é projetado para ser dinâmico e participativo, com o objetivo de ampliar a compreensão dos participantes sobre o processo saúde-doença e como ele é abordado no local de trabalho (Rezio; Conciani; Queiroz, 2020).

A literatura científica permanece escassa em produções que abordem prioridades para EPS no campo da saúde mental, especialmente em pequenos municípios brasileiros. Essas regiões enfrentam desafios, incluindo a escassez de pessoal qualificado e o envolvimento profissional limitado em iniciativas de saúde mental dentro dos serviços, particularmente na APS. Em tais contextos, a implementação de iniciativas de EPS tem o potencial de facilitar discussões sobre cuidados psicossociais, contribuindo assim para a desnaturalização de conceitos e práticas hegemônicas predominantes no domínio da saúde mental. Isso, por sua vez, pode promover a receptividade e a prestação de escuta adequada (Rezio; Conciani; Queiroz, 2020).

De acordo com a perspectiva freireana, a educação em saúde é um processo que está sempre em construção, visando o estabelecimento do diálogo entre os profissionais para uma remodelagem de conhecimento sobre as práticas educativas. Dessa forma, faz-se necessário vislumbrar o profissional de enfermagem como um ator político-social, um agente no processo de mudança social (SILVA, 2012).

Nesse sentido, a enfermagem pode ser considerada uma das profissões que atua de forma integrada. De fato, os enfermeiros têm demonstrado identificar fatores de risco, realizar ações educativas e participar ativamente do processo de prevenção antes, durante e depois da doença (Ramirez; Martins, 2023). O papel da enfermagem é fundamental na educação em saúde dos pacientes, pois fornece orientações essenciais, esclarece os efeitos do tratamento, instrui os pacientes sobre questões de cuidado e avalia encaminhamentos quando necessário.

2.5 JUSTIFICATIVA

A informação em saúde é uma das principais ferramentas na APS, sendo essencial para contribuir na inserção de ações tanto no planejamento quanto na execução do cuidado com a saúde mental do idoso, pautando na continuidade assistencial, no incentivo ao paciente, na tomada de decisões, na busca pela

melhoria das condições de saúde e pelo desenvolvimento do senso de responsabilidade. Além disso, a comunicação efetiva tem por base ajudar na escolha de comportamento, na prevenção de doença e no desenvolvimento de uma cultura de saúde, melhorando a qualidade de vida do usuário e evitando sequelas e consequências indesejáveis, além de diminuir a distância entre profissionais de saúde, paciente e família.

Na APS, o enfermeiro, durante a consulta de enfermagem, tem a oportunidade de detectar sintomas de depressão na população idosa. Ademais, as atribuições do enfermeiro junto a esse idoso depressivo vão além de orientações quanto à terapia medicamentosa; o mesmo deve realizar uma escuta terapêutica, compreendendo as dúvidas do paciente e, com isso, prestar um atendimento qualificado tanto ao idoso quanto à sua família (Alves, 2019).

Lima et al. (2021) evidenciam em seu estudo que aqueles idosos com depressão que são acompanhados pelos enfermeiros apresentam melhora significativa da patologia, prevenindo os agravos da depressão e garantindo uma melhor qualidade de vida a esses pacientes.

Silva et al. (2022) abordam em sua pesquisa a necessidade de maior compreensão pelos enfermeiros da APS com relação ao atendimento ao idoso com sintomas depressivos. Esses profissionais relataram no estudo dificuldades na assistência prestada a esses idosos, relacionando-as com uma formação deficiente para este tipo de cuidado; com a precariedade das educações permanentes em saúde; com a rede de atenção psicossocial, que muitas vezes não possui recursos humanos para oferecer o atendimento; e com a falta de apoio familiar. Com isso, novos conhecimentos devem ser adquiridos através da educação permanente nos serviços de saúde, com o objetivo de potencializar o cuidado ofertado pelos enfermeiros aos idosos, garantindo a eles e seus familiares uma melhor qualidade de vida.

Diante disso, o estudo se torna relevante, visando promover uma melhora do conhecimento de estratégias aplicáveis, servindo como futuras intervenções e metodologias a serem trabalhadas pelos profissionais de saúde, em específico pelos enfermeiros, no atendimento aos idosos com sintomas depressivos.

3 OBJETIVO GERAL

Construir, desenvolver e avaliar o efeito de uma educação permanente na assistência dos enfermeiros da Atenção Primária à Saúde aos idosos com sintomas depressivos.

3.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a. Caracterizar a população do estudo quanto aos aspectos sociodemográficos e profissionais;
- b. Identificar as fragilidades relacionadas à assistência do enfermeiro da atenção primária aos idosos com sintomas depressivos;
- c. Planejar e implementar uma educação permanente baseada nas necessidades dos enfermeiros da APS, acerca da assistência aos idosos com sintomas depressivos;
- d. Descrever a percepção dos enfermeiros da APS com relação à educação permanente desenvolvida e as possíveis aplicações na prática profissional;
- e. Avaliar o efeito da educação permanente logo após a sua realização e posteriormente – 30 e 120 dias da ação.

4 MATERIAL E MÉTODOS

4.1 TIPO DE PESQUISA

Tratou-se de um estudo com abordagem quali-quantitativa, utilizando 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 quantiquali”. 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, 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 (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 vem” 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 pretende criar oportunidades para os participantes refletirem sobre o atendimento aos idosos com sintomas depressivos na APS, e posteriores adequações no trabalho junto a essa população.

4.2 CENÁRIO DO ESTUDO

O estudo foi desenvolvido na rede de APS de uma cidade do interior de Minas Gerais. O município situa-se 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 APS é considerada coordenadora da rede do sistema de saúde, sendo que o município conta com 31 Unidades Básicas de Saúde (UBS), sendo 10 na zona rural (Uberaba, 2021).

Em 2022, de acordo com a Secretaria Municipal de Saúde do município, as UBS abrigavam 56 equipes de saúde da família. Essas unidades estão localizadas em diversos pontos da cidade, sendo a porta de entrada para o SUS do município (Uberaba, 2021).

Atualmente, ainda segundo a Secretaria Municipal de Saúde, há um quantitativo de 96 enfermeiros atuando na rede de APS (Uberaba, 2024).

4.4 POPULAÇÃO DO ESTUDO

4.4.1 Critérios de inclusão e exclusão – Primeira etapa

Na primeira fase da pesquisa, a fase exploratória, foram incluídos na pesquisa os enfermeiros que atuavam na APS. Foram excluídos aqueles que estavam de férias, licença saúde ou afastados de suas atividades profissionais por qualquer outro motivo no período destinado à coleta de dados. A proposta desta fase foi 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, para que pudesse melhorar a assistência aos idosos com sintomas depressivos.

4.4.2 Critérios de inclusão e exclusão – Segunda e Terceira etapas

Na fase caracterizada pela ação de educação permanente foram incluídos os enfermeiros que atuavam na APS. Já para a avaliação da atividade desenvolvida foram incluídos os enfermeiros que participaram de todos os encontros da ação. Foram excluídos da pesquisa aqueles que não obtiveram 100% de frequência na

educação permanente, além daqueles que estavam de férias, licença saúde ou afastados de suas atividades profissionais por qualquer outro motivo no período destinado à coleta de dados. Ressalta-se que a proposta não foi unidirecional, ou seja, avaliar profissional a profissional, mas sim propor uma atividade de educação permanente que atendesse *a priori* demandas levantadas no coletivo.

4.5 PROCEDIMENTOS DE COLETA E ANÁLISE DOS DADOS

4.5.1 Primeira etapa: Diagnóstico da situação

Nesta etapa, correspondente à fase exploratória proposta por Thiollent (2009), buscou-se identificar a situação vivenciada pelos profissionais com relação ao atendimento prestado aos idosos com sintomas depressivos, bem como levantar temas para uma educação permanente sobre o assunto. Foi também um momento para divulgação do projeto junto aos profissionais da APS. Após a autorização para o desenvolvimento da pesquisa pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) do município (Apêndice A) e a aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM), os enfermeiros foram contatados via *Whatsapp* para o convite e foram dados esclarecimentos sobre a pesquisa, seus objetivos e procedimentos metodológicos.

Para aqueles que aceitaram participar do estudo, foi entregue em sua unidade de trabalho, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndices B e C), ficando uma cópia com o pesquisador e outra cópia com o participante. Para a coleta dos dados nesta fase de diagnóstico, foi utilizado um questionário semi-estruturado, autoadministrado, elaborado pelos pesquisadores (Apêndice D). Esse instrumento foi encaminhado para três juízes doutores e especialistas na área para a validação de face e conteúdo. O instrumento foi dividido em três partes, buscando identificar os dados sociodemográficos do participante, aspectos relacionados à educação permanente voltada para a saúde mental do idoso e questões relacionadas à formação do profissional quanto ao tema.

Esta etapa foi realizada através de entrevista individual, por meio de um encontro presencial no local de trabalho do participante. Durante o encontro, foram apresentadas pelo pesquisador as questões discursivas presentes no Apêndice D para que o participante as respondesse. As questões levantadas pelos participantes

nesse encontro serviram como base para o conteúdo da capacitação que foi oferecida aos mesmos.

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 a implicação do maior número possível de membros da organização nessa estratégia de participação (Thiollent, 2009; Thiollent, 2011).

A coleta dos dados desta etapa foi realizada entre os meses de janeiro e fevereiro de 2024. 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.

4.5.1.1 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).

Para proceder à análise qualitativa dos dados, os achados resultantes da transcrição das respostas às questões discursivas foram digitados e consolidados no programa Microsoft Word, e submetidos ao método Análise de Conteúdo, de Laurence Bardin, sendo definida pela autora, como:

Conjunto de técnicas de análise das comunicações, visando, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, obter indicadores quantitativos ou não, que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) dessas mensagens (Bardin, 2016, p. 48).

Minayo descreve a Análise de conteúdo como “técnicas de pesquisa utilizadas para analisar a fala e seu contexto, ou seja, tornar replicáveis e válidas inferências sobre dados de um determinado contexto, por meio de procedimentos especializados e científicos.” (Minayo, 2014, p.303).

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

Tendo como ponto inicial o diagnóstico da situação em relação ao atendimento aos idosos com sintomas depressivos, identificado na fase anterior, foi realizada a elaboração do planejamento e implementação da educação permanente. 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 discutidos na atividade com os profissionais. A partir desses dados foram selecionados os conteúdos, as estratégias e os recursos pedagógicos que foram utilizados.

Para o planejamento e execução da capacitação, formou-se uma equipe de palestrantes especialistas na área de saúde mental e/ou saúde do idoso. A seleção foi realizada através de uma avaliação do currículo *lattes*, onde o convite foi encaminhado de forma individual, via *e-mail*.

Fizeram parte da equipe: um enfermeiro mestre e doutorando em Atenção à Saúde; uma enfermeira e professora Doutora em Enfermagem; uma psicóloga

especialista em psicologia clínica e diretora do Departamento de Atenção Psicossocial no município; uma enfermeira Doutora em Atenção à Saúde; e uma assistente social especialista em Saúde Pública e Serviço Social, e em dependência química e assistência terapêutica.

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 o seu desenvolvimento, a atividade de educação permanente foi pautada 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 (2019) tem duas características principais: a problematização e a dialogicidade.

A problematização, em sua concepção, rompe com a tradicional transmissão bancária de conhecimento e coloca o educando como sujeito ativo no processo de aprendizagem. Dessa forma, o conhecimento não é simplesmente transferido do professor para o aluno, mas construído coletivamente a partir da reflexão crítica sobre a realidade. Esse método incentiva a investigação e o questionamento, permitindo que os aprendizes compreendam o mundo ao seu redor e se tornem agentes de transformação social (Freire, 2019).

A dialogicidade, por sua vez, é essencial nesse processo educativo, pois o diálogo é entendido como um instrumento de construção do conhecimento. Freire enfatiza que a educação precisa ser um ato comunicativo, baseado na troca de saberes entre educadores e educandos, sem a imposição de verdades absolutas. O diálogo promove a conscientização e a autonomia dos sujeitos, permitindo que desenvolvam uma visão crítica e participativa da sociedade. Assim, a educação deixa de ser uma prática autoritária e se torna um meio para a emancipação dos indivíduos (Freire, 2019).

4.5.3 Terceira etapa: Avaliação da ação implementada

A avaliação da educação permanente foi realizada com os profissionais através da utilização de um questionário de percepção dos profissionais ao final da capacitação (Apêndice E), contendo duas questões discursivas. Posteriormente, após 30 e 120 dias da capacitação, foram aplicadas as Escalas de Impacto do Treinamento no Trabalho e Suporte à Transferência (Anexo A), desenvolvida e validada por Abbad (1999) e Abbad e Sallorenzo (2001), juntamente com um questionário de duas questões discursivas (Apêndice F) para avaliar de forma quantitativa e qualitativa os efeitos que a capacitação causou na assistência prestada pelos enfermeiros.

A coleta de dados foi realizada no local de trabalho, presencialmente, através de visitas às unidades de saúde, entre os meses de abril e agosto de 2024, visando identificar os efeitos da educação permanente no comportamento do egresso da ação, bem como o apoio que esse profissional recebeu 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).

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.

4.5.3.1 Análise 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).

Neste estudo, a análise das escalas foi realizada 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 foi 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 decrescimento da outra. A correlação positiva indica, em geral, o crescimento ou decrescimento concomitante das duas variáveis consideradas. 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.

As questões discursivas foram transcritas na íntegra pelo pesquisador, em documento do *Microsoft® Word*, e analisadas de acordo com a metodologia de Análise de Conteúdo Temática, de Laurence Bardin.

A Análise de Conteúdo se baseia em três fases metodológicas para a análise: pré-análise; exploração do material; e tratamento dos resultados obtidos e interpretação (Bardin, 2016).

A pré-análise corresponde à exploração dos documentos através de uma leitura flutuante, aprofundada e exaustiva, havendo impregnação do conteúdo, com o objetivo de determinar as ideias iniciais sobre o mesmo. Em seguida, faz-se a escolha dos documentos que constituirão o corpus, textos que serão submetidos aos processos de análise. Para isso, é preciso seguir as regras da exaustividade, representatividade, homogeneidade, e pertinência; a fim de não deixar nenhuma informação passar despercebida, devendo a amostra ser rigorosa e representativa do universo inicial. Os documentos selecionados devem ser do mesmo tema, com técnicas iguais de seleção, além de serem adequados aos objetivos propostos (Bardin, 2016).

Na exploração do material consta a análise dos textos selecionados e a sua codificação, onde são realizados recortes do texto bruto, por semântica (tema/sentido) e núcleos de sentido, de maneira sistemática e agrupados em unidades. Posteriormente, as unidades/núcleos de sentido são agrupadas em categorias (classes/classificação), reunindo temas homogêneos, ou seja, cada categoria deve ser criada pelos mesmos princípios (Bardin, 2016).

No tratamento dos resultados obtidos e interpretação são realizadas inferências dos núcleos de sentidos levantados, com base nas falas dos participantes. Logo após, é efetuada a interpretação dos dados de acordo com o

material teórico levantado, baseando-se nos objetivos propostos pelo trabalho (Bardin, 2016).

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

Foi solicitado, via ofício, o consentimento prévio e liberação da Secretaria Municipal de Saúde do município, para que fosse realizada a coleta de dados com o público-alvo. Após a liberação, o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFTM, via Plataforma Brasil, de acordo com o CAAE nº: 71721123.1.0000.5154 e parecer nº: 6.228.067.

O estudo foi realizado visando o respeito aos preceitos éticos de pesquisa envolvendo seres humanos. Tendo a autorização dos setores envolvidos, foi iniciado a coleta de dados com a população do estudo. Para a realização da mesma, foi fornecido o TCLE segundo a Resolução 466/12, onde foram esclarecidos os objetivos do estudo e a garantia do anonimato aos participantes, assegurando a total liberdade para não participar da pesquisa ou deixá-la a qualquer momento que desejar.

Os voluntários que aceitaram participar da pesquisa foram identificados através de um código (E1, E2, E3...), respeitando-se o sigilo dos nomes. Os dados coletados foram utilizados exclusivamente para fins da pesquisa e serão guardados por cinco anos, em computador de acesso exclusivo dos pesquisadores; após esse período serão deletados permanentemente.

5 RESULTADOS

Os resultados serão apresentados de acordo com as etapas da pesquisa-ação: a fase de diagnóstico situacional, a avaliação logo após a capacitação e a avaliação da ação implementada após 30 dias e 120 dias.

5.1 DIAGNÓSTICO SITUACIONAL

Nesta etapa, foram convidados todos os enfermeiros atuantes nas unidades de saúde do Município, sendo que 27 responderam ao questionário. Quanto à

identificação dos participantes destaca-se que a idade média foi de 42,11 ($\pm 9,46$) anos, sendo a mínima 31 anos, e a máxima 69 anos.

Com relação ao tempo de formação, a média foi de 16,3($\pm 6,0$) anos, com mínima de 7 anos e máxima de 30 anos. O tempo de atuação na atenção primária obteve uma média de anos de 8,77($\pm 6,9$), sendo o mínimo de tempo atuando de 1 ano e o máximo de 27 anos. Todos os participantes eram do sexo feminino; a maioria (96,3%) não possuía especialização na área de saúde do idoso; e grande parte (92,6%) destacou que ainda não foi ofertada capacitação por parte da gestão municipal sobre atendimento ao idoso com sintomas depressivos (Tabela 1).

Tabela 1 - Dados de identificação dos enfermeiros atuantes na APS do município (2024).

VARIÁVEL	N	%
GÊNERO		
FEMININO	27	100
MASCULINO	0	0
POSSUI ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DO IDOSO?		
SIM	1	3,7
NÃO	26	96,3
A SECRETARIA DE SAÚDE PROPORCIONA CURSOS E CAPACITAÇÃO PARA O ATENDIMENTO DO IDOSO COM SINTOMA DEPRESSIVO?		
SIM	2	7,4
NÃO	25	92,6
VOCÊ PARTICIPA DESSAS CAPACITAÇÕES?		
SIM	5	18,5
NÃO	22	81,5

Fonte: do autor, 2024

Se tratando das falas dos participantes nas questões discursivas da etapa de diagnóstico, emergiram quatro categorias: “Atendimento ao idoso com sintomas

depressivos”, “Autopercepção dos enfermeiros sobre a assistência ao idoso com sintomas depressivos”, “Dificuldades no atendimento ao idoso com sintomas depressivos”, e “Temas relevantes a serem abordados em uma educação permanentes sobre o atendimento ao idoso depressivo”.

5.1.1 Atendimento ao idoso com sintomas depressivos

Para esta categoria, os profissionais destacaram como fazem o atendimento e a abordagem do paciente idoso com sintomas depressivos. Muitos destacaram a escuta qualificada como principal fator componente do atendimento, assim como grande parte apontou a necessidade de encaminhar esse paciente para que o mesmo possa ter continuidade do atendimento no setor especializado.

Acolhimento, escutando/avaliando todas as queixas e realizando orientações/encaminhamentos necessários [...] ENF5

Acolhimento e ofereço um tempo maior para escuta, faço orientações, encaminhamento para consulta médica, psicológica, grupos [...] ENF6

Escuta qualificada, oferecer apoio, porém sem sala privativa [...] ENF 21

Acolher o idoso, escutar a suas queixas, conhecer a realidade do seu domicílio, sua rede de apoio, cuidadores, medicações em uso, atividade de lazer, crenças, religião e investigar maus tratos e abusos [...] ENF 26

5.1.2 Autopercepção dos enfermeiros sobre a assistência ao idoso com sintomas depressivos

Já neste tema, os participantes expuseram suas inseguranças com relação ao atendimento aos idosos. Muitos destacaram não se sentir preparados para atender esses pacientes, principalmente pelo fato de afirmarem necessitar de mais capacitações para sentir segurança. Alguns participantes afirmaram que o envolvimento da família, extremamente necessário no tratamento de quadros depressivos, é muito difícil, sendo que lidar com as famílias é uma fragilidade destacada pelos participantes.

Lidar com o sofrimento do próximo quando envolve muitas variáveis (familiares, acesso aos serviços de saúde, condições socioeconômicas e de saúde) é complicado [...] ENF 1

[...] através da interação com a ESF e família. Em muitos casos não é viável a assistência devido a condições da família não colaborar e estimular o acompanhamento [...] ENF 2

Acho que, como muitos enfermeiros, acabamos nos virando, mas acredito que uma capacitação nos tornaria profissionais mais preparados [...] ENF 9

[...] sempre insegura [...] ENF 21

Apesar dos participantes destacarem se sentirem inseguros, alguns demonstraram segurança nesse atendimento, citando suas formações na graduação e pós-graduação, além de experiências anteriores com saúde mental. Certos participantes ainda se dizem aptos a atender esse público e logo os encaminham para o especialista.

[...] porque já trabalhei com idosos em instituições asilares [...] ENF 3

Sim, para orientações, porém encaminhar para outro profissional mais qualificado como psicólogo ou psiquiatra [...] ENF 7

[...] como tenho experiência em saúde mental [...] ENF 18

[...] minha formação é para atender a população como um todo... leio e me atualizo constantemente. Procuro discutir os casos em equipe interdisciplinar [...] ENF 26

5.1.3 Dificuldades no atendimento ao idoso com sintomas depressivos

Para essa categoria, muitos participantes destacaram como fragilidades na condução do atendimento ao idoso com sintomas depressivos a questão organizacional, como falta de sala privativa nas UBS; a falta de profissionais especializados, como psicólogos e psiquiatras; e uma rede de atenção psicossocial defasada.

[...] ausência do apoio familiar... Profissionais psicólogos e psiquiatras são insuficientes [...] ENF1

[...] falhas na gestão, fatores estruturais, falta de equipe multiprofissional de apoio, deficiência em articular e traçar estratégias com outros serviços [...] ENF2

[...] faltam locais de encaminhamento, como terapias e outras práticas pertinentes ao tratamento de sintomas depressivos [...] ENF4

[...] em quesito de equipe multiprofissional especializada, vagas disponíveis para terapeutas e psiquiatras... Além disso, o preparo que a PMU disponibiliza é frágil [...] ENF10

Outros profissionais destacaram como dificuldades os fatores sociais: apoio familiar, adesão ao tratamento e acessos aos serviços de saúde por parte da população.

[...] em encontrar/fazer contato com um familiar ou cuidador para ser um apoio na continuidade da assistência [...] ENF5

[...] geralmente as dificuldades são voltadas para a área social, como idosos que residem sozinhos ou que estão com problemas familiares, abandono familiar [...] ENF6

[...] falta de um sistema de apoio robusto incluindo profissionais de saúde mental, familiares e amigos [...] ENF7

[...] adesão do idoso, dificuldade de locomoção, estrutura física, falta de profissionais, tempo disponível para atendimento [...] ENF18

5.1.4 Temas relevantes a serem abordados em uma educação permanente sobre o atendimento ao idoso depressivo

A última categoria refere a temas que os profissionais viam como prioridade para serem trabalhados em capacitações relacionados ao atendimento ao idoso com sintomas depressivos. Grande parte destacou sinais e sintomas gerais como tema inicial, seguido pelo fluxo de atendimento dentro do município. Ademais, foram sugeridos: como abordar a família e gerar apoio para a continuidade do tratamento, além de temas relacionados à criação de um espaço de diálogo saudável, com criação de vínculo e atendimento integral ao idoso.

5.2 DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES REALIZADAS

Foram realizados quatro encontros presenciais de 2 horas cada (02/04; 09/04; 16/04; e 26/04/2024), totalizando 08 horas de carga horária. As palestras aconteceram na Secretaria Municipal de Saúde do município, conduzidas através de aula dialogada, com o uso de *PowerPoint*.

No dia 02/04/2024 participaram 42 enfermeiros, onde foram abordados: Conceitos e definições do envelhecimento; processo de envelhecimento; epidemiologia da depressão no idoso; e fisiopatologia da depressão.

No dia 09/04/2024 participaram 39 enfermeiros, onde foram discutidos: Apoio social e familiar na prevenção da depressão no idoso; e vínculo entre profissional/idoso e o monitoramento do mesmo.

No dia 16/04/2024 participaram 35 enfermeiros, onde foram abordados: Fatores de risco da depressão no idoso; sinais e sintomas da depressão no idoso; e assistência do enfermeiro ao idoso com sintomas depressivos.

E por fim, no dia 26/04/2024 participaram 32 enfermeiros, onde foi discutido o fluxo de atendimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do município. Durante a realização da capacitação, os participantes tiveram a oportunidade de expor as suas vivências, experiências, sentimentos e sugestões quanto às temáticas abordadas.

5.3 AVALIAÇÃO APÓS A CAPACITAÇÃO

Após a capacitação foi aplicado um instrumento com duas perguntas discursivas, com o objetivo de avaliar a percepção dos profissionais assim que as atividades de educação permanente finalizaram. Responderam a essas perguntas 30 enfermeiros que participaram da capacitação.

Considerando os discursos apresentados pelos participantes surgiram quatro temas centrais: “Conhecimento do fluxo de atendimento no município”, “Sinais e sintomas de depressão em idosos”, “Estratégias práticas aprendidas para a aplicação no trabalho” e “Dificuldades visualizadas pelos participantes quanto ao atendimento ao idosos depressivos”.

5.3.1 Conhecimento do fluxo de atendimento no município

Quanto ao fluxo de atendimento, os participantes destacaram que não conheciam, ou conheciam parcialmente outros serviços de apoio para o acompanhamento e tratamento de idosos com sintomas depressivos. Esse conhecimento é essencial, sendo que muitas vezes a APS não possui profissionais especializados para o atendimento aos casos mais complexos.

[...] atualização do serviço em rede oferecido pelo município [...] ENF1

[...] fluxo de encaminhamentos [...] ENF2

[...] o conhecimento do serviço psicossocial na cidade [...] ENF3

Melhor entendimento do fluxo de atendimento e novas e melhores habilidades de treinamento [...] ENF4

[...] principalmente sobre fluxo na rede de atenção e os direitos garantidos [...] ENF11

[...] como funciona cada serviço da rede para atender as necessidades psicológicas dos idosos [...] ENF14

5.3.2 Sinais e sintomas de depressão em idosos

Outro ponto levantado pelos participantes foram novos e aprimorados conhecimentos sobre sinais e sintomas de idosos depressivos. Fato muito importante, uma vez que essa temática não é abordada de forma aprofundada na graduação, e muitos sintomas são negligenciados ou confundidos com sintomas de outras doenças, como pode ser observado nos discursos abaixo.

Conhecer os principais sinais, sintomas do paciente, visto que após a capacitação terei um olhar diferenciado para o idoso que chega com sintomas de tristeza, sabendo diferenciar os sinais de senilidade com os sintomas de depressão [...] ENF3

[...] me ajudam a ter um olhar diferenciado às questões de depressão e sintomas em idosos [...] ENF 7

[...] é impressionante a análise epidemiológica desse cenário [...] ENF8

Percebi principalmente no estigma que o profissional de saúde possui em relação à assistência ao idoso com depressão [...] ENF21

5.3.3 Estratégias práticas aprendidas para a aplicação no trabalho

Na prática, os participantes destacaram que conhecer os principais sinais e sintomas possibilitará um olhar diferenciado aos idosos, ajudando esses profissionais a realizar um diagnóstico diferencial de outros quadros, e assim iniciar o atendimento ou encaminhar o paciente para o serviço precocemente.

[...] acolhimento e abordagem, melhor conhecimento para direcionar e referenciar [...] ENF1

Ajudou muito como devemos planejar as atividades quanto à saúde do idoso, apoio da rede familiar e todos os direitos [...] ENF6

Seria pretensioso dizer que estou totalmente segura para assistir pessoas idosas com sintomas depressivos, mas estou com um novo olhar para o atendimento [...] ENF8

Aprendi novas informações para orientar a família e para onde encaminhar [...] ENF12

Me sinto preparada, inclusive já estamos aplicando o questionário na unidade, pretendemos fazer um grupo de idosos à noite [...] ENF17

O atendimento ao idoso precisa de um olhar mais amplo, holístico durante o acolhimento [...] ENF26

5.3.4 Dificuldades visualizadas pelos participantes quanto ao atendimento aos idosos com sintomas depressivos

Mesmo com tantos pontos positivos levantados pelos participantes, também foram levantadas algumas dificuldades já apresentadas, ou que achavam que iriam perceber quando fossem aplicar os aprendizados da capacitação. A principal dificuldade relatada foi a falta de recursos humanos para atender todas as demandas da população. Como destacado pelos profissionais, a enfermagem precisa acolher todas as demandas que aparecem na unidade, dificultando a aplicação de uma escuta ativa, em tempo suficiente para os pacientes mencionarem os sinais e sintomas, ademais, aqueles relacionados à saúde mental.

[...] porém com dificuldade diante os problemas encontrados tanto na vida pessoal (cuidadores), serviços da atenção básica e especializada (agendamentos/referências) para atender essas demandas [...] ENF5

Sabemos que ainda há deficiências, mas podemos juntos melhorar esse quadro [...] ENF9

Creio que a temática é muito complexa... muitas vezes a sobrecarga de trabalho dos enfermeiros, às vezes mesmo tendo o conhecimento teórico por falta de tempo ou disponibilidade não conseguimos aplicar [...] ENF10

Percebi que com a alta demanda de atendimento dentro da unidade não assistimos à pessoa idosa como um todo e até deixamos passar despercebido sinais [...] ENF16

Muitas vezes somos absorvidos pelas demandas do trabalho e não buscamos por mais conhecimento na área [...] ENF22

Acredito que falta de suporte da rede de atenção à saúde para que consigamos atender o idoso com sintoma depressivo [...] ENF30

5.4 AVALIAÇÃO DO TREINAMENTO APÓS 30 DIAS

Para a avaliação da qualidade e impacto da capacitação na prática profissional foram usados dois instrumentos, a escala de Suporte à Transferência e

o Impacto do Treinamento. Destaca-se que na avaliação de 30 dias, 28 enfermeiros responderam de forma completa os questionários.

Na avaliação das medidas resumo dos questionários, a escala de Suporte à Transferência, assim como no decorrer da análise, foi considerada de acordo com seus dois domínios, suporte psicossocial e suporte material, como indicam os autores que validaram o instrumento no Brasil.

A escala de Impacto do Treinamento no Trabalho apresentou uma média de 3,74($\pm 0,42$), o domínio de Suporte Psicossocial apresentou 2,97($\pm 0,43$) e o Suporte Material 2,67($\pm 0,71$). Para a interpretação dos instrumentos os autores indicam que quando as médias estão próximas a cinco, apresentam resultados mais satisfatórios para a avaliação. Assim, a Escala de Impacto identificou um impacto maior que a escala de Suporte à Transferência, mostrando que em 30 dias, houve impacto leve a moderado, da capacitação na prática do profissional (Tabela 2).

Tabela 2 - Medidas-resumo do impacto e suporte referente à Educação Permanente em Saúde (EPS), após 30 dias da atividade educativa (2024).

Impacto/Suporte	Média	Desvio-Padrão	Mínimo	Mediana	Máximo
Impacto do treinamento no trabalho	3,74	0,42	2,83	3,79	4,42
Suporte Psicossocial	2,97	0,43	2,06	3,00	3,94
Suporte Material	2,67	0,71	1,33	2,75	4,33

Fonte: dos autores, 2024.

Considerando o instrumento de Suporte à Transferência, no seu domínio de Suporte Psicossocial, destacam-se os seguintes resultados, frequentemente (39,3%) ou sempre (10,7%) os participantes disseram que tem oportunidade de usar as habilidades aprendidas na capacitação, porém destacam que possuem, algumas vezes, pouco tempo devido à sobrecarga de trabalho, como avaliado pelas perguntas dois (50%) e quatro (57,1%). Outro ponto importante observado nos resultados deste domínio foi a relação da chefia com a aplicação das habilidades na prática, onde 17,9% dos participantes disseram que a chefia nunca retira obstáculos percebidos para a aplicação dos saberes adquiridos na capacitação, além de não planejarem em conjunto com os profissionais a aplicação dessas habilidades. Outros aspectos da chefia observados é que 21,4% das vezes os profissionais nunca

recebem elogios quando implementam uma prática relacionada à capacitação e 32,1% nunca recebem críticas quando cometem um erro (Tabela 3).

Tabela 3 - Respostas à seção “Suporte Psicossocial” após 30 dias da atividade de educação permanente (2024).

PERGUNTA	NUNCA	RARAMENTE	ALGUMAS VEZES	FREQUENTEMENTE	SEMPRE
	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)
1. TENHO TIDO OPORTUNIDADES DE USAR NO MEU TRABALHO AS HABILIDADES QUE APRENDI NA CAPACITAÇÃO.	-	6(21,4%)	8(28,6%)	11(39,3%)	3(10,7%)
2. FALTA-ME TEMPO PARA APLICAR NO TRABALHO O QUE APRENDI NA CAPACITAÇÃO.	1(3,6%)	6(21,4%)	14(50%)	4(14,3%)	2(7,1%)
3. OS OBJETIVOS DE TRABALHO ESTABELECIDOS PELO MEU CHEFE ENCORAJAM-ME A APLICAR O QUE APRENDI NA CAPACITAÇÃO.	1(3,6%)	4(14,3%)	9(32,1%)	10(35,7%)	3(10,7%)
4. OS PRAZOS DE TRABALHOS INVIABILIZAM O USO DAS HABILIDADES QUE EU APRENDI NA CAPACITAÇÃO.	1(3,6%)	4(14,3%)	16(57,1%)	6(21,4%)	1(3,6%)
5. TENHO TIDO OPORTUNIDADES DE PRATICAR HABILIDADES IMPORTANTES (RECÉM-ADQUIRIDAS NA CAPACITAÇÃO), MAS, COMUMENTE, POUCO USADAS NO TRABALHO.	1(3,6%)	6(21,4%)	14(50%)	5(17,9%)	2(7,1%)
6. OS OBSTÁCULOS E DIFICULDADES ASSOCIADOS À APLICAÇÃO DAS NOVAS HABILIDADES QUE ADQUIRI NA CAPACITAÇÃO SÃO IDENTIFICADOS E REMOVIDOS POR MEU CHEFE.	5(17,9%)	9(32,1%)	7(25%)	5(17,9%)	2(7,1%)
7. TENHO SIDO ENCORAJADO POR MINHA CHEFIA IMEDIATA A APLICAR, NO MEU TRABALHO, O QUE APRENDI NA CAPACITAÇÃO.	3(10,7%)	7(25%)	6(21,4%)	8(28,6%)	4(14,3%)
8. MEU CHEFE IMEDIATO TEM CRIADO OPORTUNIDADES PARA PLANEJAR COMIGO O USO DAS NOVAS HABILIDADES.	5(17,9%)	6(21,4%)	9(32,1%)	4(14,3%)	3(10,7%)
9. EU RECEBO AS INFORMAÇÕES NECESSÁRIAS À	3(10,7%)	5(17,9%)	12(42,9%)	7(25%)	1(3,6%)

CORRETA APLICAÇÃO DAS NOVAS HABILIDADES NO MEU TRABALHO.					
10. EM MEU AMBIENTE DE TRABALHO, MINHAS SUGESTÕES EM RELAÇÃO AO QUE FOI ENSINADO NA CAPACITAÇÃO SÃO LEVADAS EM CONSIDERAÇÃO.	1(3,6%)	1(3,6%)	8(28,6%)	15(53,6%)	3(10,7%)
11. MEUS COLEGAS MAIS EXPERIENTES APOIAM AS TENTATIVAS QUE FAÇO DE USAR NO TRABALHO O QUE APRENDI NA CAPACITAÇÃO.	1(3,6%)	1(3,6%)	10(35,7%)	12(42,9%)	4(14,3%)
12. AQUI, PASSAM DESPERCEBIDAS MINHAS TENTATIVAS DE APLICAR NO TRABALHO AS NOVAS HABILIDADES QUE APRENDI NA CAPACITAÇÃO.	4(14,3%)	11(39,3%)	11(39,3%)	2(7,1%)	-
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.	5(17,9%)	6(21,4%)	10(35,7%)	6(21,4%)	1(3,6%)
14. TENHO RECEBIDO ELOGIOS QUANDO APLICO CORRETAMENTE NO TRABALHO AS NOVAS HABILIDADES QUE APRENDI.	6(21,4%)	3(10,7%)	15(53,6%)	3(10,7%)	1(3,6%)
15. QUANDO TENHO DIFICULDADES EM APLICAR EFICAZMENTE AS NOVAS HABILIDADES, RECEBO ORIENTAÇÕES SOBRE COMO FAZÊ-LO.	5(17,9%)	4(14,3%)	11(39,3%)	5(17,9%)	3(10,7%)
16. CHAMAM MINHA ATENÇÃO QUANDO COMETO ERROS AO UTILIZAR AS HABILIDADES QUE ADQUIRI NA CAPACITAÇÃO.	9(32,1%)	5(17,9%)	9(32,1%)	3(10,7%)	2(7,1%)

Fonte: dos autores, 2024.

Com relação ao domínio de Suporte Material, muitos participantes destacaram problemas ou insatisfações com os instrumentos e materiais de trabalho. Para 21,4% as ferramentas de trabalho, como computadores, nunca são de qualidade, assim como o mobiliário, infraestrutura, iluminação e ventilação nunca estão adequados. 50% apontam que a prefeitura nunca disponibiliza recursos financeiros extras para a aplicação de qualidade das habilidades aprendidas na capacitação (Tabela 4).

Tabela 4 - Respostas à seção “Suporte Material”, após 30 dias da atividade de educação permanente (2024).

PERGUNTA	NUNCA	RARAMENTE	ALGUMAS VEZES	FREQUENTEMENTE	SEMPRE
	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)
1. 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.	1(3,6%)	7(25%)	13(46,4%)	7(25%)	-
2. Os móveis, materiais, equipamentos e similares têm estado disponíveis em quantidade suficiente à aplicação do que aprendi na capacitação.	3(10,7%)	5(17,9%)	14(50%)	5(17,9%)	1(3,6%)
3. Os materiais por mim utilizados estão em boas condições de uso.	-	3(10,7%)	14(50%)	9(32,1%)	2(7,1%)
4. As ferramentas de trabalho (computadores, máquinas e similares) são de qualidade compatível com o uso das novas habilidades.	6(21,4%)	8(28,6%)	8(28,6%)	6(21,4%)	-
5. 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.	6(21,4%)	5(17,9%)	9(32,1%)	7(25%)	-
6. 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.	14(50%)	8(28,6%)	4(14,3%)	2(7,1%)	-

Fonte: dos autores, 2024.

Quanto ao instrumento de Impacto do Treinamento no Trabalho, nenhuma pergunta teve a opção “nunca” escolhida, indicando um impacto positivo da capacitação, com destaque para a opção “sempre” nas seguintes afirmativas: diminuição de erros na prática profissional relacionado à temática da capacitação (28,6%), aproveitar oportunidades para aplicar na prática as habilidades aprendidas na capacitação (25%), aumento da autoconfiança no trabalho (21,4%), e motivação no trabalho (17,9%) (Tabela 5).

Tabela 5 - Respostas do instrumento Impacto do Treinamento no Trabalho, após 30 dias da atividade de educação permanente (2024).

PERGUNTA	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.	4(14,3%)	15(53,6%)	4(14,3%)	5(17,9%)	-
2. APROVEITO AS OPORTUNIDADES QUE TENHO PARA COLOCAR EM PRÁTICA O QUE ME FOI ENSINADO NA CAPACITAÇÃO.	7(25%)	20(71,4%)	-	1(3,6%)	-
3. AS HABILIDADES QUE APRENDI NO TREINAMENTO FIZERAM COM QUE EU COMETESSE MENOS ERROS EM MEU TRABALHO EM ATIVIDADES RELACIONADAS AO CONTEÚDO DA CAPACITAÇÃO.	8(28,6%)	16(57,1%)	2(7,1%)	2(7,1%)	-
4. RECORDE-ME BEM DOS CONTEÚDOS ENSINADOS NA CAPACITAÇÃO.	4(14,3%)	14(50%)	7(25%)	2(7,1%)	-
5. QUANDO APLICO O QUE APRENDI NA CAPACITAÇÃO, EXECUTO MEU TRABALHO COM MAIOR RAPIDEZ.	1(3,6%)	15(50%)	12(42,9%)	1(3,6%)	-
6. A QUALIDADE DO MEU TRABALHO MELHOROU NAS ATIVIDADES DIRETAMENTE RELACIONADAS AO CONTEÚDO DA CAPACITAÇÃO.	5(17,9%)	18(64,3%)	5(17,9%)	-	-
7. A QUALIDADE DO MEU TRABALHO MELHOROU MESMO NAQUELAS ATIVIDADES QUE NÃO PARECIAM ESTAR RELACIONADAS AO CONTEÚDO DA CAPACITAÇÃO.	3(10,7%)	13(46,4%)	12(42,9%)	-	-
8. MINHA PARTICIPAÇÃO NA CAPACITAÇÃO SERVIU PARA AUMENTAR MINHA MOTIVAÇÃO PARA O TRABALHO.	5(17,9%)	12(42,9%)	8(28,6%)	3(10,7%)	-
9. MINHA PARTICIPAÇÃO NESTA CAPACITAÇÃO	6(21,4%)	16(51,7%)	4(14,3%)	2(7,1%)	-

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.	-	12(42,9%)	14(50%)	2(7,1%)	-
11. ESSA CAPACITAÇÃO QUE FIZ TORNOU-ME MAIS RECEPTIVO A MUDANÇAS NO TRABALHO.	3(10,7%)	17(60,7%)	6(21,4%)	2(7,1%)	-
12. A CAPACITAÇÃO QUE FIZ BENEFICIOU MEUS COLEGAS DE TRABALHO, QUE APRENDERAM COMIGO ALGUMAS NOVAS HABILIDADES.	-	13(46,4%)	13(46,4%)	2(7,1%)	

Fonte: dos autores, 2024.

5.5 AVALIAÇÃO DO TREINAMENTO APÓS 120 DIAS

Na avaliação de 120 dias participaram os mesmos 28 enfermeiros, porém um participante teve os questionários não considerados, pois não respondeu às perguntas em sua totalidade.

A escala de Impacto do Treinamento no Trabalho apresentou média de 3,68($\pm$ 0,36) pontos, indicando um impacto moderado do treinamento. Já a seção de Suporte Psicossocial apresentou uma média de 2,94($\pm$ 0,43) e a seção de Suporte Material um resultado de 2,72($\pm$ 0,61) pontos, indicando resultados abaixo de três pontos, ou seja, resultados moderados a baixos (Tabela 6).

Tabela 6 - Medidas-resumo do impacto e suporte referente à Educação Permanente em Saúde (EPS), após 120 dias da atividade educativa (2024).

Impacto/Suporte	Média	Desvio-Padrão	Mínimo	Mediana	Máximo
Impacto do treinamento no trabalho	3,68	0,36	3,00	3,66	4,25
Suporte Psicossocial	2,94	0,43	2,13	3,06	3,56
Suporte Material	2,72	0,61	1,33	2,66	4,25

Fonte: dos autores, 2024.

Para a avaliação após 120 dias, a seção de Suporte Psicossocial destacam-se como percepções negativas através da seleção da categoria “nunca” as seguintes afirmativas: “Chamam minha atenção quando cometo erros ao utilizar as habilidades que adquiri na capacitação” (30,4%); “Os obstáculos e dificuldades associados à aplicação das novas habilidades que adquiri na capacitação são identificados e removidos por meu chefe” (21,7%); “Quando tenho dificuldades em aplicar eficazmente as novas habilidades, recebo orientações sobre como fazê-lo” (17,4%); “Tenho recebido elogios quando aplico corretamente no trabalho as novas habilidades que aprendi” (17,4%); e “Meu chefe imediato tem criado oportunidades para planejar comigo o uso das novas habilidades” (17,4%). Isso destaca a dificuldade entre a aplicação das habilidades aprendidas pelo profissional e o apoio da gestão/chefia durante esse processo.

Positivamente destacam-se as seguintes afirmativas: “Os objetivos de trabalho estabelecidos pelo meu chefe encorajam-me a aplicar o que aprendi na capacitação” (17,4% sempre; 30,4% frequentemente); “Em meu ambiente de trabalho, minhas sugestões em relação ao que foi ensinado na capacitação são levadas em consideração” (4,3% sempre; 56,3% frequentemente); e “Meus colegas mais experientes apoiam as tentativas que faço de usar no trabalho o que aprendi na capacitação” (4,3% sempre; 60,9% frequentemente) (Tabela 7).

Tabela 7 - Respostas à seção “Suporte Psicossocial” após 120 dias da atividade de educação permanente (2024).

PERGUNTA	NUNCA	RARAMENTE	ALGUMAS VEZES	FREQUENTEMENTE	SEMPRE
	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)
1. TENHO TIDO OPORTUNIDADES DE USAR NO MEU TRABALHO AS HABILIDADES QUE APRENDI NA CAPACITAÇÃO.	-	5(21,7%)	10(43,5%)	7(30,4%)	1(4,3%)
2. FALTA-ME TEMPO PARA APLICAR NO TRABALHO O QUE APRENDI NA CAPACITAÇÃO.	-	2(8,7%)	15(65,2%)	5(21,7%)	1(4,3%)
3. OS OBJETIVOS DE TRABALHO ESTABELECIDOS PELO MEU CHEFE ENCORAJAM-ME A APLICAR O QUE APRENDI NA CAPACITAÇÃO.	-	4(17,4%)	8(34,8%)	7(30,4%)	4(17,4%)
4. OS PRAZOS DE TRABALHOS	-	5(21,7%)	13(56,5%)	5(21,7%)	-

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.	-	5(21,7%)	12(52,2%)	6(26,1%)	-
6. OS OBSTÁCULOS E DIFICULDADES ASSOCIADOS À APLICAÇÃO DAS NOVAS HABILIDADES QUE ADQUIRI NA CAPACITAÇÃO SÃO IDENTIFICADOS E REMOVIDOS POR MEU CHEFE.	5(21,7%)	6(26,1%)	8(34,8%)	3(13,0%)	1(4,3%)
7. TENHO SIDO ENCORAJADO POR MINHA CHEFIA IMEDIATA A APLICAR, NO MEU TRABALHO, O QUE APRENDI NA CAPACITAÇÃO.	2(8,7%)	6(26,1%)	6(26,1%)	8(34,8%)	1(4,3%)
8. MEU CHEFE IMEDIATO TEM CRIADO OPORTUNIDADES PARA PLANEJAR COMIGO O USO DAS NOVAS HABILIDADES.	4(17,4%)	6(26,1%)	7(30,4%)	4(17,4%)	2(8,7%)
9. EU RECEBO AS INFORMAÇÕES NECESSÁRIAS À CORRETA APLICAÇÃO DAS NOVAS HABILIDADES NO MEU TRABALHO.	2(8,7%)	3(13,0%)	11(47,8%)	7(30,4%)	-
10. EM MEU AMBIENTE DE TRABALHO, MINHAS SUGESTÕES EM RELAÇÃO AO QUE FOI ENSINADO NA CAPACITAÇÃO SÃO LEVADAS EM CONSIDERAÇÃO.	-	2(8,7%)	7(30,4%)	13(56,3%)	1(4,3%)
11. MEUS COLEGAS MAIS EXPERIENTES APOIAM AS TENTATIVAS QUE FAÇO DE USAR NO TRABALHO O QUE APRENDI NA CAPACITAÇÃO.	-	3(13,0%)	5(21,7%)	14(60,9%)	1(4,3%)
12. AQUI, PASSAM DESPERCEBIDAS MINHAS TENTATIVAS DE APLICAR NO TRABALHO AS NOVAS HABILIDADES QUE APRENDI NA CAPACITAÇÃO.	-	12(52,2%)	8(34,8%)	3(13%)	-
13. MINHA ORGANIZAÇÃO (UNIDADE DE TRABALHO) RESSALTA MAIS OS ASPECTOS NEGATIVOS (EX.: LENTIDÃO, DÚVIDAS)	4(17,4%)	6(26,1%)	8(34,8%)	5(21,7%)	-

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.	4(17,4%)	3(13,0%)	11(47,8%)	5(21,7%)	-
15. QUANDO TENHO DIFICULDADES EM APLICAR EFICAZMENTE AS NOVAS HABILIDADES, RECEBO ORIENTAÇÕES SOBRE COMO FAZÊ-LO.	4(17,4%)	5(21,7%)	7(30,4%)	6(26,1%)	1(4,3%)
16. CHAMAM MINHA ATENÇÃO QUANDO COMETO ERROS AO UTILIZAR AS HABILIDADES QUE ADQUIRI NA CAPACITAÇÃO.	7(30,4%)	8(34,8%)	11(47,8%)	3(13,0%)	-

Fonte: dos autores, 2024.

Considerando a seção de Suporte Material, destaca-se a questão onde a organização/chefia nunca fornece materiais e suporte financeiro para a aplicação em sua totalidade das habilidades aprendidas na capacitação (56,5%). 39,1% disseram que raramente as ferramentas de trabalho (computadores, máquinas e similares) são de qualidade compatível com o uso das novas habilidades e 39,1% relataram que nunca ou raramente a gestão tem fornecido os recursos materiais (equipamentos, materiais, mobiliário e similares) necessários ao bom uso, no trabalho, das habilidades que aprendi na capacitação (Tabela 8).

Tabela 8 - Respostas à seção “Suporte Material”, após 120 dias da atividade de educação permanente (2024).

PERGUNTA	NUNCA	RARAMENTE	ALGUMAS VEZES	FREQUENTEMENTE	SEMPRE
	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)
1. 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.	1(4,3%)	8(34,8%)	11(47,8%)	3(13,0%)	-
2. OS MÓVEIS, MATERIAIS, EQUIPAMENTOS E SIMILARES TÊM ESTADO DISPONÍVEIS EM QUANTIDADE SUFICIENTE À APLICAÇÃO DO QUE	2(8,7%)	6(26,1%)	9(39,1%)	6(26,1%)	-

APRENDI NA CAPACITAÇÃO.					
3. OS MATERIAIS POR MIM UTILIZADOS ESTÃO EM BOAS CONDIÇÕES DE USO.	-	2(8,7%)	10(43,5%)	11(47,8%)	-
4. AS FERRAMENTAS DE TRABALHO (COMPUTADORES, MÁQUINAS E SIMILARES) SÃO DE QUALIDADE COMPATÍVEL COM O USO DAS NOVAS HABILIDADES.	-	9(39,1%)	9(39,1%)	5(21,7%)	-
5. 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.	3(13,0%)	4(17,4%)	10(43,5%)	6(26,1%)	-
6. 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.	13(56,5%)	3(13,0%)	6(26,1%)	1(4,3%)	-

Fonte: dos autores, 2024.

Quanto à escala de Impacto do Treinamento no Trabalho, na avaliação de 120 dias após a capacitação, a afirmativa “Minha participação na capacitação serviu para aumentar minha motivação para o trabalho” obteve 13% de participantes concordando completamente. Em contrapartida 21,7% discordaram um pouco sobre utilizar com frequência o que foi ensinado na capacitação e 26,1% também discordaram um pouco sobre a capacitação beneficiar os colegas de trabalho por aprender com os participantes algo sobre a capacitação (Tabela 9).

Tabela 9 - Respostas à escala Impacto do Treinamento, após 120 dias da atividade de educação permanente (2024).

PERGUNTA	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.	-	13(56,5%)	5(21,7%)	5(21,7%)	-
2. APROVEITO AS OPORTUNIDADES QUE TENHO PARA COLOCAR EM PRÁTICA O QUE ME FOI ENSINADO NA CAPACITAÇÃO.	-	19(86,2%)	1(4,3%)	3(13,0%)	-

3. AS HABILIDADES QUE APRENDI NO TREINAMENTO FIZERAM COM QUE EU COMETESSE MENOS ERROS EM MEU TRABALHO EM ATIVIDADES RELACIONADAS AO CONTEÚDO DA CAPACITAÇÃO.	2(8,7%)	18(78,3%)	2(8,7%)	1(4,3%)	-
4. RECORDE-ME BEM DOS CONTEÚDOS ENSINADOS NA CAPACITAÇÃO.	2(8,7%)	15(65,2%)	5(21,7%)	1(4,3%)	-
5. QUANDO APLICO O QUE APRENDI NA CAPACITAÇÃO, EXECUTO MEU TRABALHO COM MAIOR RAPIDEZ.	-	14(60,9%)	7(30,4%)	2(8,7%)	-
6. A QUALIDADE DO MEU TRABALHO MELHOROU NAS ATIVIDADES DIRETAMENTE RELACIONADAS AO CONTEÚDO DA CAPACITAÇÃO.	-	19(82,6%)	4(17,4%)	-	-
7. A QUALIDADE DO MEU TRABALHO MELHOROU MESMO NAQUELAS ATIVIDADES QUE NÃO PARECIAM ESTAR RELACIONADAS AO CONTEÚDO DA CAPACITAÇÃO.	1(4,3%)	15(65,2%)	6(26,1%)	1(4,3%)	-
8. MINHA PARTICIPAÇÃO NA CAPACITAÇÃO SERVIU PARA AUMENTAR MINHA MOTIVAÇÃO PARA O TRABALHO.	3(13,0%)	13(56,3%)	5(21,7%)	2(8,7%)	-
9. MINHA PARTICIPAÇÃO NESTA CAPACITAÇÃO AUMENTOU MINHA AUTOCONFIANÇA (AGORA TENHO MAIS CONFIANÇA NA MINHA CAPACIDADE DE EXECUTAR MEU TRABALHO COM SUCESSO).	2(8,7%)	15(65,2%)	4(17,4%)	2(8,7%)	-
10. APÓS MINHA PARTICIPAÇÃO NA CAPACITAÇÃO, TENHO SUGERIDO, COM MAIS FREQUÊNCIA, MUDANÇAS NAS ROTINAS DE TRABALHO.	-	13(56,5%)	8(34,8%)	2(8,7%)	-
11. ESSA CAPACITAÇÃO QUE FIZ TORNOU-ME MAIS RECEPTIVO A MUDANÇAS NO TRABALHO.	2(8,7%)	15(65,2%)	6(26,1%)	-	-
12. A CAPACITAÇÃO QUE FIZ BENEFICIOU MEUS COLEGAS DE TRABALHO, QUE APRENDERAM	-	2(8,7%)	15(65,2%)	6(26,1%)	-

5.6 COMPARAÇÕES E CORRELAÇÃO ENTRE OS INSTRUMENTOS E RESULTADOS DE 30 DIAS E 120 DIAS

A correlação entre os instrumentos na avaliação de 30 dias apontou que o os resultados da escala de Impacto do Treinamento e a seção de Suporte Psicossocial se correlacionavam de forma positiva e moderada ($r=0,419$; $p=0,03$) (Tabela 10), assim como na análise de 120 dias ($r=0,400$; $p=0,05$) (Tabela 11), o que significa que quanto mais os participantes sentiram o Impacto do Treinamento na prática diária, mais preparados psicossocialmente eles se sentiam.

Tabela 10 - Correlação entre as escalas de impacto do treinamento no trabalho e suporte a transferência com 30 dias (2024).

Impacto		Suporte Psicossocial	Suporte Material
Impacto do Treinamento no Trabalho	Coefficiente de correlação	0,419	-0,059
	Valor p	0,03	0,76

Fonte: dos autores, 2024.

Tabela 11 - Correlação entre as escalas de impacto do treinamento no trabalho e suporte a transferência com 120 dias (2024).

Impacto		Suporte Psicossocial	Suporte Material
Impacto do Treinamento no Trabalho	Coefficiente de correlação	0,400	0,249
	Valor p	0,05	0,252

Fonte: dos autores, 2024.

Considerando os resultados entre 30 e 120 dias, é possível observar que houve uma queda mínima nas médias do instrumento Impacto do Treinamento no

Trabalho, de 3,74 pontos para 3,68 e na seção de Suporte Psicossocial de 2,97 para 2,94, porém a seção de Suporte Material obteve um aumento de 2,67 para 2,72 – diferenças não significativas (Tabela 12).

Tabela 12 - Comparação entre Medidas-resumo do impacto e suporte referente à Educação Permanente em Saúde (EPS), após 30 e 120 dias da atividade educativa (2024).

Impacto/Suporte	Média		Desvio-padrão		Mínimo		Mediana		Máximo	
	30 dias	120 dias	30 dias	120 dias	30 dias	120 dias	30 dias	120 dias	30 dias	120 dias
Impacto do treinamento no trabalho	3,74	3,68	0,42	0,36	2,83	3,00	3,79	3,66	4,42	4,25
Suporte Psicossocial	2,97	2,94	0,43	0,43	2,06	2,13	3,00	3,06	3,94	3,56
Suporte Material	2,67	2,72	0,71	0,61	1,33	1,33	2,75	2,66	4,33	4,25

Fonte: dos autores, 2024.

5.7 PERCEPÇÕES DOS ENFERMEIROS QUANTO À CAPACITAÇÃO - 30 DIAS E 120 DIAS

Considerando o método de análise de conteúdo, emergiram dos discursos três categorias, “Mudanças comportamentais do profissional após as capacitações”, na qual foi considerada a mudança em visões, valores e percepções dos profissionais quanto ao atendimento do idoso com sintomas depressivos; “Ações práticas implementadas”, que são as ações que os profissionais adotaram na sua prática profissional que aprenderam na capacitação e; “Dificuldades na implementação das ações discutidas nas capacitações”, a qual contempla as dificuldades observadas pelos participantes para iniciar o uso das habilidades aprendidas na capacitação.

Para melhor visualização, os discursos serão apresentados destacando-se os que foram observados nas avaliações de 30 dias e 120 dias. Para que seja possível a observação das evoluções e mudanças durante os períodos avaliativos, os discursos foram apresentados, com o número 30 ou 120, seguido da inicial E, de enfermeiros, e por último o número representando a identificação do participante (ex. 30E1; 120E1).

5.7.1 Mudanças comportamentais do profissional após as capacitações

Nesta categoria foi possível observar quais mudanças os profissionais perceberam que a capacitação proporcionou na prática diária deles. Nos discursos os participantes destacaram a melhoria na escuta qualificada, livre de preconceitos e julgamentos, um olhar mais amplo e integral à saúde do idoso.

Ampliou meu olhar para questões que eu não tinha atenção [...] 30ENF1

Chamou a atenção para algo que eu não havia pensado sobre os sintomas depressivos e sobre ser idoso de fato [...] 30ENF17

[...] parar com a correria do dia a dia e a olhar melhor esse idoso, para poder entender o real motivo da sua procura da unidade de saúde [...] 120ENF8

Aprender a ouvir, não julgar, manter contato, ser paciente, incentivar o paciente nas atividades [...] 120ENF14

Outro ponto levantado nesta categoria foi uma nova forma de abordar, acolher e oferecer segurança ao atender o paciente idoso com sintomas depressivos. Também foi citado que a capacitação, além de novas habilidades e conhecimentos, aprimorou as capacidades que os profissionais já possuíam e aprofundou os conhecimentos já existentes.

Aumentou nosso conhecimento sobre depressão em idosos, nos dando mais recursos para o atendimento desses pacientes [...] 30ENF6

Ajudou a melhorar o acolhimento, abordagem ao idoso e cuidadores [...] 30ENF7

Tenho tentado melhorar a assistência muitas vezes mecanizada, para ouvir e atender melhor os relatos e as queixas dos pacientes [...] 30ENF13

Aprendi a não olhar para os aspectos negativos das pessoas, mas sim para o que está por trás desse comportamento [...] 120ENF10

Me sinto mais segura e preparada para a consulta/assistência a esse idoso [...] 120ENF12

Eu considero que a capacitação serviu para complementar e aprimorar as ações relacionadas no meu entendimento ao idoso [...] 120ENF22

Quando avaliados os discursos desta categoria entre as observações de 30 e 120 dias, é possível perceber que as falas aos 30 dias referenciam mais os novos conhecimentos adquiridos; já as falas dos 120 dias refletem o quanto as mudanças na percepção e os novos conhecimentos contribuíram para aprimorar os atendimentos, aprofundar o olhar e aumentar a segurança na abordagem e acompanhamento do idoso com sintomas depressivos.

5.7.2 Ações práticas implementadas

Nesta categoria serão expostas as ações práticas que os profissionais começaram a executar após a capacitação, a fim de aplicar o aprendido durante a pesquisa. Tanto nos discursos de 30 quanto no de 120 dias foi observado o uso de instrumentos e escalas de avaliação de sintomas depressivos em idosos, assim como a implementação de uma escuta qualificada, aberta a ouvir e entender as necessidades do idoso e se necessário encaminhar o paciente para outros serviços, de acordo com o fluxo do município.

Utilizei um dos instrumentos de avaliação apresentados na capacitação [...] 30ENF1

Orientações utilizando linguagem simples, de fácil entendimento, uso de feedback, observação das atitudes/comportamentos/sinais/sintomas/fatores de risco, ouvir com atenção, escuta qualificada, busca do auxílio familiar, ver as necessidades, estabelecer vínculo, atendimento multiprofissional [...] 30ENF8

Escuta de qualidade e uma boa anamnese para tentar identificar os idosos com sinais e sintomas depressivos e direcionar para um atendimento adequado [...] 30ENF21

Realizei encaminhamento para os órgãos de competência (CRAS, CREAS) devido a orientação [...] 30ENF25

[...] escalas de depressão em idosos [...] 120ENF4

Solicito mais a rede de apoio, seguindo o fluxo do município, buscar na família a rede de apoio, fortalecer os vínculos, porém falta o profissional geriatra na rede [...] 120ENF5

Aplicação da escala de grau de risco apresentada [...] 120ENF13

Conhecimento do fluxo para encaminhamentos, a possibilidade de envolver a equipe multiprofissional, possibilidade de gerar instrumentos de registro e acompanhamento e consultas direcionadas [...] 120ENF19

Alguns fluxogramas e também sobre a importância em delegar funções e responsabilidades para outros profissionais [...] 120ENF21

Os discursos nos dois períodos de avaliação destacam o uso de escalas de avaliação, principalmente após 120 dias de capacitação, onde dois participantes citaram usar essas escalas para integrar o atendimento ao idoso com sintomas depressivos. Além disso, nos dois momentos os participantes citaram os encaminhamentos seguindo o fluxo de atendimento em rede do município, porém nos discursos de 120 dias, esse tópico foi muito presente nas falas, indicando que o profissional está sabendo identificar a demanda, atuar onde é possível dentro do escopo da atenção primária, e encaminhar o paciente quando é necessário um atendimento mais especializado.

5.7.3 Dificuldades na implementação das ações discutidas nas capacitações

Toda mudança em rotinas de trabalho traz dificuldades e obstáculos; nesse contexto os participantes da pesquisa destacaram como principais pontos: a rede de atenção psicossocial do município, que não consegue atender a alta demanda; a falta de recursos humanos, que possibilitariam um atendimento integral e qualificado;

a alta demanda por atendimentos; as metas a serem cumpridas; e a sobrecarga de trabalho do profissional enfermeiro.

Ressalto que a rede não atende as necessidades de demanda, e que a atenção básica necessita para fazer um bom trabalho [...] 10ENF7

Embora a capacitação tenha agregado novos conhecimentos e habilidades na prática ainda esta difícil de realizá-los devido a alta demanda de atendimentos [...] 30EN 21

Devido a grande quantidade de atendimento desempenhado pela equipe de enfermagem nas UBS's que acolhe esse público que acaba demandando um tempo maior... a capacitação influenciou na melhoria de uma escuta qualificada [...] 120ENF17

[...] a falta do outro profissional na unidade tentamos suprir e ficamos sobrecarregados [...] 120ENF21

Em ambos os momentos avaliativos, o tópico mais citado é a alta demanda dos profissionais enfermeiros. Além disso, a falta de recursos humanos impacta diretamente na prestação de serviços. Temas, como saúde mental, são negligenciados, impactando diretamente na assistência prestada aos idosos. Sabe-se ainda que é necessário uma escuta ativa e a criação do vínculo com esse idoso e sua família, porém, na maioria das vezes o profissional não encontra tempo para isso.

6 DISCUSSÃO

6.1 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E PROFISSIONAL

Como evidenciado por inúmeros estudos na área da enfermagem, a maioria dos profissionais é do sexo feminino. Pesquisa realizada em municípios da fronteira com o Paraguai, por exemplo, revelou predominância de 89,1% de mulheres (Souza et al., 2024). Outro estudo foi realizado no estado do Mato Grosso com enfermeiros da Estratégia Saúde da Família (Dias; Carrijo, 2024), que também identificou predominância de profissionais do sexo feminino (85%).

As evidências científicas existentes indicam que a enfermagem é uma área de trabalho historicamente construída e realizada por mulheres desde o seu surgimento, com mulheres constituindo 92,86% da força de trabalho. O baixo percentual de

enfermeiros atuantes é uma realidade desde a antiguidade, quando as mulheres eram designadas para cuidar dos doentes (Oliveira; Camargo, 2020).

Com relação à idade, os achados deste estudo são análogos aos de um estudo realizado com enfermeiros atuantes na APS em quatro estados (Minas Gerais, São Paulo, Santa Catarina e Rondônia), em que a faixa etária predominante se situou entre 30 e 40 anos (54%), além do tempo de atuação na APS, que os autores do estudo determinaram ser uma média de cinco anos (Cunha et al., 2024).

Na fase de diagnóstico, constatou-se que a maioria dos participantes não possuía especialização ou treinamento suplementar na área de saúde do idoso. A literatura existente destaca o papel crucial dos enfermeiros de saúde mental no apoio aos enfermeiros de APS para avaliar a ansiedade em idosos. Essas estratégias são fundamentais para prevenir riscos e evitar danos potenciais. Cabe ao enfermeiro de saúde mental, guiado por uma visão matricial, ministrar treinamento aos profissionais de APS para que eles possam compreender e atender às necessidades da população idosa. A promoção da saúde mental em idosos é um aspecto crucial da prevenção de doenças e manutenção do bem-estar geral (Souza et al., 2020).

6.2 AÇÃO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE

No contexto da família e da sociedade civil, a missão primária do enfermeiro é contemplar e analisar criticamente os desafios enfrentados pelos idosos, com o objetivo de promover o cuidado e o respeito por esse grupo demográfico. Essa abordagem serve como uma demonstração de respeito pelo nosso próprio futuro à medida que se envelhece e inevitavelmente se enfrenta a velhice. É reconhecido que o significado atribuído a cada indivíduo, independentemente da idade ou do processo de envelhecimento, ressalta a heterogeneidade na experiência da velhice. Isso destaca a necessidade de uma abordagem multifacetada para abordar esse estágio avançado da vida (Cepellos, 2021).

Considerando a fase de diagnóstico e elaboração da atividade de educação permanente, os participantes elencaram temas que consideravam pertinentes na temática depressão em idosos. Os principais temas foram: o fluxo de atendimento no município, sinais e sintomas em idosos, escuta ativa e envolvimento da família.

Os participantes também demonstraram que sentem insegurança em abordar e conduzir um atendimento a idosos que demonstrem sintomas depressivos, seja pela falta de conhecimento ou dificuldade em criar vínculo com esse idoso, ou até falta de tempo em se dedicar ao atendimento do paciente, devido à sobrecarga de trabalho.

A literatura existente demonstra que os profissionais vivenciam uma sensação de insegurança em relação ao envolvimento direto com os processos de envelhecimento e morte. Essa sensação é atribuída a noções preconcebidas de risco e agressão, que permeiam a consciência social ao contemplar indivíduos em crise. Além disso, pode influenciar os profissionais de saúde que não têm preparação adequada para situações de crise, comprometendo potencialmente a qualidade do atendimento que prestam (Rios; Carvalho, 2021).

Os participantes também destacaram reconhecer que mesmo com a capacitação há diversas dificuldades em aplicar os possíveis conhecimentos adquiridos, principalmente devido à estrutura física e investimento financeiro.

No que se refere à estrutura física como condição latente, prevalecem questões como acessibilidade inadequada, pisos deficientes, sinalização inadequada e manutenção precária, apesar das especificações técnicas existentes para o projeto físico dos estabelecimentos de saúde (Silva et al., 2022).

6.3 AVALIAÇÃO DA CAPACITAÇÃO

Foi destacada pelos profissionais a importância em adquirir conhecimentos relacionados ao fluxo de atendimento e serviços disponibilizados na rede de atenção psicossocial, porém também foi abordado o quanto o atendimento em rede está fragmentado, sem recursos humanos e materiais suficientes para acolher a demanda existente, sobrecarregando assim a APS, que também não possui mão de obra especializada para o atendimento dos casos mais complexos de depressão.

A revisão integrativa em análise revelou a prevalência de desafios na comunicação interdisciplinar eficaz entre profissionais de saúde, pacientes e membros da equipe, particularmente em contextos relativos a eventos adversos em diferentes setores de saúde (Santos *et al.*, 2023).

Os participantes se mostraram satisfeitos em adquirir conhecimentos sobre os sinais e sintomas, uma vez que na fase de planejamento os enfermeiros destacaram

a insegurança em atender essa população, principalmente pela falta de conhecimento em reconhecer a doença, estigmas ou falta de ferramentas para a escuta ativa.

Uma infinidade de sintomas está associada à depressão, incluindo, mas não se limitando, a ansiedade, distúrbios do sono e do apetite, sentimentos de culpa ou baixa autoestima, falta de concentração, tristeza e angústia (OPAS, 2020). No entanto, é importante observar que esses sintomas são frequentemente negligenciados e, em vez disso, são vistos como uma consequência natural do envelhecimento pelos profissionais de saúde. Foi estimado que 50% dos idosos com depressão permanecem sem diagnóstico por profissionais de saúde primários (Pereira et al., 2019).

Em uma escala global, a depressão em idosos constitui uma preocupação significativa de saúde pública, com uma prevalência estimada de 12% entre idosos residentes na comunidade e até 35% em instalações de cuidados de longo prazo (Volz et al., 2023). Em um estudo prospectivo conduzido em Bagé, Rio Grande do Sul, observou-se que, ao longo de um período de 8 a 9 anos, uma incidência cumulativa de depressão de 10,3% foi registrada entre idosos que inicialmente não manifestaram sintomas da doença (Volz et al., 2023).

Clinicamente, a depressão em idosos pode apresentar características distintas em comparação com populações mais jovens. A tendência entre idosos de relatar sintomas somáticos, como dor crônica, fadiga, anorexia e distúrbios do sono, em vez de queixas emocionais, é notável. Deficiências cognitivas, como dificuldades de memória, desafios de concentração e tomada de decisão prejudicada, são comumente relatadas e podem ser erroneamente atribuídas ao declínio cognitivo normal, que é característico do processo de envelhecimento. Além disso, irritabilidade, ansiedade e agitação podem ser características mais proeminentes em adultos mais velhos com depressão, em oposição à tristeza profunda tipicamente observada em indivíduos mais jovens. Em casos graves, a presença de sintomas psicóticos, como delírios e alucinações, foi documentada (Bezerra et al., 2024). É importante observar que esses sintomas podem ser incorretamente atribuídos ao declínio cognitivo normal associado ao envelhecimento.

A depressão demonstrou ser um fator de risco significativo para declínio cognitivo e demência. Resultados de pesquisas sugerem que a depressão pode ocorrer antes do declínio cognitivo, funcionando como um indicador precoce de

demência, particularmente em casos de Doença de Alzheimer (DA). A liberação de glicocorticoides, uma resposta ao estresse, que é prevalente na depressão, pode resultar em neurotoxicidade e redução no volume do hipocampo, uma região crucial para a memória e cognição (Araújo et al., 2023). Além disso, evidências sugerem uma correlação entre os níveis de β -amiloide, uma proteína ligada à DA, e sintomas depressivos, o que implica que a depressão pode servir como um indicador precoce.

Muitos enfermeiros apontaram após os períodos de 30 e 120 dias, que mudaram ou aprimoraram sua prática profissional. Grande parte citou que melhoraram a avaliação dos pacientes, anamnese, escuta ativa, organização de atividades e ações voltadas para a promoção da saúde, além da prevenção de agravos de idosos e núcleos familiares.

No âmbito da assistência à saúde, o cuidado de enfermagem ao idoso deve aderir às diretrizes da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI). A PNSPI enfatiza que o cuidado ao idoso necessita de uma abordagem multifacetada, interdisciplinar e multidimensional, abrangendo a interação entre fatores físicos, psicológicos e sociais que influenciam a saúde do idoso, além da importância do ambiente em que ele reside. A PNSPI aponta a necessidade de uma abordagem flexível e adaptável para atender às especificidades e necessidades individuais do idoso (Ferreira et al., 2020).

A PNSPI também ressalta a importância de avaliações clínicas meticulosamente planejadas, que permitem o monitoramento contínuo da evolução do paciente ao longo do tratamento, possibilitando os ajustes ou adaptações necessárias. Elas também facilitam a identificação precoce de possíveis recidivas ou pioras, possibilitando intervenções oportunas (Amaral et al., 2022).

Os enfermeiros, como profissionais que têm contato direto com idosos na atenção primária, desempenham um papel crucial na identificação de manifestações clínicas indicativas de depressão. É imprescindível que eles liderem o processo de enfermagem para formular um plano de cuidados abrangente, garantindo encaminhamentos para profissionais de psiquiatria e psicologia, conforme necessário. No decorrer da consulta, os enfermeiros devem identificar fatores de risco e problemas reais que podem ser fatores contribuintes para a suspeita de depressão. A Escala de Depressão Geriátrica (GDS) é um instrumento frequentemente usado na detecção de depressão (Silva et al., 2021).

Neste contexto, o papel fundamental da enfermagem na promoção do bem-estar mental dos idosos é primordial. Além da identificação de sinais de sofrimento, os enfermeiros desempenham um papel essencial na implementação de intervenções eficazes. Essas intervenções podem incluir a aplicação de estratégias de apoio emocional, aconselhamento e encaminhamento para serviços especializados quando necessário. Ao liderar a integração de abordagens preventivas, os enfermeiros são capazes de identificar e tratar problemas de saúde mental, ajudando assim os idosos a desenvolverem estratégias de enfrentamento saudáveis e a adotarem um estilo de vida que promova saúde mental e emocional (Tavares et al., 2024).

O campo da consultoria em enfermagem gerontológica foi identificado como um contribuidor notável para este domínio da assistência médica. A enfermagem gerontológica visa preservar as capacidades intrínsecas dos idosos, independentemente de quaisquer deficiências (Tavares et al., 2024). Nesse contexto, os enfermeiros funcionam como agentes de cura, cuidadores, educadores, defensores e inovadores. Eles empregam um arcabouço teórico fundamentado nas necessidades humanas fundamentais (Marinho et al., 2020), facilitam a identificação precoce de problemas e promovem o diálogo centrado no paciente sobre os cuidados de saúde (Placideli; Bocchi, 2021).

No entanto, esse modelo de cuidado requer atualização contínua para facilitar o cuidado integral e aprimorar os indicadores de saúde, uma vez que permeia não apenas as enfermidades orgânicas, mas também os valores subjetivos dos idosos (Souza Júnior et al., 2021).

Um ponto importante enfatizado pelos participantes referiu-se às alterações cruciais na prática clínica após o programa de treinamento. Este ponto diz respeito à promoção da busca pela assistência da equipe multidisciplinar. O conceito de trabalho em equipe, sustentado por uma abordagem colaborativa, foi comparado a uma rede de segurança, que tem a capacidade de aumentar a compreensão dos riscos e a identificação de falhas clínicas antes de sua ocorrência (Dal Pais et al., 2020). Um estudo de revisão sistemática da literatura indicou que o trabalho em equipe pode resultar em melhorias nos processos clínicos com maior conformidade com as diretrizes que os orientam e, conseqüentemente, em maior segurança do paciente (Costa; Hall, 2020).

Para que as ações de EPS efetuem uma transformação na assistência à saúde mental, é essencial que as discussões e reflexões aumentem a conscientização e ressoem com os profissionais de saúde. Esse processo envolve a análise dos desafios vivenciados, a utilização de conceitos, terminologia e nomenclatura adotados por esses indivíduos e a oferta de oportunidades para a expressão de medos e inseguranças com vistas à construção coletiva de conhecimento e estratégias de enfrentamento das situações (Rezio; Conciani; Queiroz, 2020).

O presente estudo clama por maior colaboração intersetorial entre a APS e a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), atualmente fragmentada e carente de tais ações. Essa fragmentação pode contribuir para o estigma, a institucionalização e o funcionamento dentro da lógica asilar. A implementação de ações de EPS tem o potencial de estimular processos reflexivos no domínio da assistência à saúde mental dentro da comunidade, promovendo, assim, maior engajamento, coesão e responsabilidade compartilhada entre os profissionais de saúde primários. Isso inclui agentes comunitários de saúde, que desempenham um papel fundamental no atendimento integral de indivíduos com doenças mentais e suas famílias, bem como no alinhamento dos serviços RAS e RAPS (Faria et al., 2021; Cordeiro; Mendes; Liberman, 2021).

As falas dos participantes fizeram alusão aos desafios encontrados no acesso às consultas e exames em tempo hábil. Essa situação é multifacetada, envolvendo a regulamentação dos serviços, a dinâmica da oferta e demanda, além da gestão financeira da assistência à saúde. Esses fatores impedem coletivamente a garantia, o aumento e a eficácia do acesso (Viacava et al., 2018).

Reconhecendo essa complexidade, esforços têm sido feitos para abordar esses desafios, particularmente no âmbito da APS. Uma iniciativa notável envolve a adoção de estratégias de saúde orientadas a problemas, visando promover a integração do conhecimento e da tecnologia desenvolvidos pelo SUS nas práticas diárias de assistência à saúde, melhorando assim a qualidade e a acessibilidade dos serviços de saúde. O estabelecimento de linhas de cuidado que integrem diversos pontos de atenção, além da definição de tecnologias leves e metodologias para a organização das práticas por equipes multidisciplinares de saúde, pode ser objeto de ações de EPS (Brasil, 2018).

Um ponto apresentado na análise das questões dos instrumentos nos dois períodos de avaliação foi a falta de recursos materiais para exercer um atendimento de qualidade a todos os pacientes, mas principalmente aos pacientes idosos.

Diante do exposto, fica evidente que a infraestrutura física inadequada pode comprometer a prestação de um cuidado seguro. Considerando um estudo realizado por Tasca et al. (2020) em que participaram enfermeiros de diferentes estados e municípios, pode-se concluir que esse problema é generalizado na APS. Verifica-se a necessidade de garantir uma estrutura física adequada como forma de fortalecer a APS, com a estrutura proporcionando ambiente, conforto e insumos adequados para o funcionamento das unidades.

Por fim, os entrevistados identificaram a falta de apoio da gestão como uma condição latente que pode implicar riscos. O comprometimento da gestão com qualidade e segurança estimula processos de melhoria por meio do planejamento, envolvimento e supervisão da equipe, além de incentivo a ações alinhadas a esse objetivo organizacional (Koerich; Erdmann; Lanzoni, 2020).

Os resultados deste estudo ressaltam a necessidade de os profissionais da UBS adotarem uma abordagem criteriosa e abrangente na identificação de sintomas depressivos em idosos, levando em consideração as características únicas de cada indivíduo, facilitando, assim, os encaminhamentos adequados para profissionais especializados. O cuidado efetivo necessita de uma abordagem multidisciplinar, um plano de gestão estruturado e uma comunicação interprofissional aprimorada (Silva et al., 2024).

É fundamental que os enfermeiros passem por treinamento para dar suporte à população idosa, oferecendo orientações sobre prevenção de doenças, promoção da saúde, fomento à autonomia e tratamento de patologias com posterior reabilitação. Além disso, a implementação de programas de exercícios adaptados e a promoção de redes de apoio comunitárias têm demonstrado ter potencial para melhorar a qualidade de vida dessa população (Oliveira et al., 2022).

No contexto da APS, os enfermeiros funcionam como o principal elo para idosos que buscam assistência relacionada à saúde mental. Sua acessibilidade e presença na comunidade facilitam a identificação de sintomas e preocupações emocionais em um estágio inicial. Adotando uma abordagem holística e personalizada, que considera as interconexões entre fatores físicos, sociais e psicológicos na vida do idoso, os enfermeiros ressaltam a importância duradoura da

saúde mental, mesmo aos 60 anos, mantendo assim seu papel fundamental no bem-estar desses indivíduos. Consequentemente, o reforço do papel da enfermagem na atenção primária é imperativo para uma abordagem abrangente à saúde mental da população idosa, garantindo a prestação de cuidados abrangentes e eficazes (Tavares et al., 2024).

Os resultados indicam que os fatores ambientais impactam significativamente a saúde mental, com isolamento social, luto, aposentadoria, condições preexistentes, comorbidades associadas, baixo nível educacional, gênero feminino e idade, sendo os fatores predominantes identificados nos estudos. A ampliação das intervenções em saúde, a capacitação de profissionais para o cuidado multidisciplinar e a ampliação do acesso aos serviços de saúde são propostas como estratégias para prevenir o aparecimento desse agravo na população estudada (Marcelino et al., 2020).

Revela-se que as práticas de cuidado às pessoas idosas com adoecimento psíquico se organizam por meio de consultas, visitas domiciliares e atividades educativas que, por vezes, são permeadas pela escuta das necessidades de saúde dos usuários e, por outro lado, pela centralidade em exames e procedimentos, fato que reduz a potencialidade do cuidado centrado nas subjetividades e singularidades dos usuários. A atenção psicossocial à pessoa idosa na APS é incipiente e a predominância do cuidado da enfermagem ainda é centrada no modelo biomédico, percebendo-se que, para a enfermagem, é necessário buscar essa complexidade no seu cotidiano, a fim de atender aos desafios que permeiam as suas atividades relacionadas à assistência ao idoso com sofrimento psíquico (Damasceno; Sousa, 2020).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados deste estudo apontam que a atividade educativa proposta foi bem-sucedida na percepção dos participantes, uma vez que demonstraram impacto moderado da atividade nas práticas profissionais, além de ser possível observar nas falas dos participantes inúmeras mudanças práticas realizadas pelos mesmos após o término da capacitação.

Ademais, com base nos achados da pesquisa, uma realidade valiosa foi trazida à tona. Fala-se muito em atenção ao idoso, mas essa assistência na perspectiva da integralidade tem inúmeras dimensões, sendo uma delas a saúde mental. E pelos achados, pode não ser algo tão confortável para os enfermeiros da APS, gerando um desconforto e insegurança.

O estudo desvela uma realidade que pode ser semelhante a diversas outras do país. E que instiga a realização de futuras investigações. É preciso sensibilizar a gestão para essa demanda de maneira enfática. Além disso, dar respaldo, formação, capacitação ao profissional para que se consiga alcançar a finalidade do trabalho em saúde. E aqui, em particular, seria a assistência aos idosos com depressão.

Nota-se que, em conjunto com o envelhecimento populacional, há um imperativo para compreender o processo de senescência humana e as características associadas a ele. Portanto, é de suma importância facilitar o processo de envelhecimento em um ambiente familiar que transmita segurança e bem-estar.

A análise revela ainda que os participantes identificaram falhas latentes e ativas adicionais, incluindo comunicação ineficaz, atrasos no acesso a cuidados e exames, suporte institucional inadequado e lapsos e violações no cuidado. Esses fatores são identificados como contribuintes para preocupações com a segurança do paciente. No entanto, o estudo evidencia uma escassez de medidas propostas para mitigar esses riscos.

A APS necessita do estabelecimento de relações terapêuticas e interdisciplinares entre os profissionais, com o objetivo de adotar uma abordagem holística e uma prática colaborativa. Para atingir esse objetivo, é necessário implementar mudanças no domínio da assistência à saúde e seus programas de formação. Tais mudanças devem abranger uma ampliação do escopo epistemológico e político do campo de conhecimento e das práticas profissionais.

Destaca-se como limitação do estudo a dificuldade de adesão dos profissionais à pesquisa, o que é compreensível, devido à alta demanda de serviço. Com isso, vários profissionais não participaram efetivamente da capacitação ou não responderam os instrumentos em tempo hábil.

Espera-se que este trabalho estimule a produção científica, explorando o tema e incentivando a criação de estratégias para a identificação precoce de sintomas depressivos em idosos. Isso, por sua vez, deve melhorar a qualidade de

vida dessa população. Ressalta-se a importância desta pesquisa para a comunidade científica e acadêmica de enfermagem, contribuindo para uma visão integral na prestação de cuidados aos idosos.

REFERÊNCIAS

ABBAD, G. **Um modelo integrado de avaliação de impacto de treinamento no trabalho**. Tese de Doutorado, Universidade de Brasília, Brasília, 1999.

ABBAD, G. D. S.; MOURÃO, L. Avaliação de necessidades de TD&E: proposição de um novo modelo. **RAM. Revista de Administração Mackenzie**, v. 13, p. 107–137, dez. 2012. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/ram/a/tMbpBDzqsHG6PpLD5LvRzhD/>>. Acesso em: 12 out. 2023.

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

ABBAD, G. da S.; SALLORENZO, L. H. **Desenvolvimento e validação de escalas de suporte à transferência de treinamento**. 2001. Disponível em: <<https://repositorio.unb.br/handle/10482/1280>>. Acesso em: 12 out. 2023.

ALVES, B. S. et al. Caracterização dos cuidadores informais de idosos dependentes quanto aos aspectos demográficos e de saúde. **Revista de Saúde Coletiva da UEFS**, v. 9, p. 113–118, 15 nov. 2019. Disponível em: <<https://periodicos.uefs.br/index.php/saudecoletiva/article/view/3684/4030>>. Acesso em: 03 jan. 2024.

ALVES, J. E. D. Envelhecimento populacional no Brasil e no mundo. **Revista Longevidade**, v. 1, n. 3, 2019. Disponível em: <<https://revistalongevidade.com.br/anteriores/index.php/revistaportal/article/viewFile/787/842>>. Acesso em: 03 jan. 2024.

AMARAL, T. B. et al. Avaliação da saúde mental positiva em pessoas convivendo com hemodiálise. **Revista Recien - Revista Científica de Enfermagem**, 2022. Disponível em: <<https://recien.com.br/index.php/Recien/article/view/623/723>>. Acesso em: 12 out. 2023.

ARAÚJO, M. L. F. **Valor instrumental, suporte à transferência e impacto do treinamento no trabalho em cursos de especialização lato sensu**. set. 2009. Disponível em: <<https://bdm.unb.br/handle/10483/1486>>. Acesso em: 12 out. 2023.

ARAUJO, D. D. et al. RELAÇÃO ENTRE DEMÊNCIA E DEPRESSÃO: UMA REVISÃO DE LITERATURA. **Revista Brasileira de Revisão de Saúde**, [s. l.], 2024. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/376590508_Relacao_entre_demencia_e_depressao_uma_revisao_de_literatura>. Acesso em: 02 jan. 2025.

BALARIN, C. S.; ZERBINI, T.; MARTINS, L. B. A relação entre suporte à aprendizagem e impacto de treinamento no trabalho. **REAd. Revista Eletrônica de Administração (Porto Alegre)**, v. 20, p. 341–370, ago. 2014. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/read/a/wsLFrQmDBscQpHhc48shLsQ/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 03 jan. 2024.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. 1ª ed. São Paulo: Edições 70, 2016.

BEZERRA, L. M. R. et al. Transtornos de humor em idosos: descrição atualizada da literatura em uma revisão bibliográfica. **RECIMA21 – Revista Científica Multidisciplinar** – ISSN 2675-6218, [s.l.], v. 5, n. 3, p. 1-13, 2024. Disponível em: <<https://recima21.com.br/index.php/recima21/article/view/5043/3483>>. Acesso em: 02 jan. 2025.

BOSCH-FARRÉ, C et al. Healthy ageing in place: enablers and barriers from the perspective of the elderly. A qualitative study. **International journal of environmental research and public health**, v. 17, n. 18, p. 6451, 2020. Disponível em: <<https://www.mdpi.com/1660-4601/17/18/6451>>. Acesso em: 22 out. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Planejamento das Ações de Educação Permanente em Saúde no Sistema Único de Saúde**: Orientações. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/orientacoes_planejamento_acoes_educacao_permanente.pdf

BUSSAB, W. de O.; MORETTIN, P. A. Estatística básica. **Estatística básica**, p. 540, 2010.

CAMPOS, D. B.; BEZERRA, I. C.; JORGE, M. S. B. Tecnologias do cuidado em saúde mental: práticas e processos da Atenção Primária. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, p. 2101–2108, 2018. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/reben/a/ppXdx8LHmndvZKXyC3dbKdQ/?lang=pt>>. Acesso em: 02 jan. 2025.

CAPRA, S. F.; SILVA, L. S. et al. **Atenção na enfermagem à pessoas idosa com transtorno depressivo**. BJSCR. 2022.

CEPELLOS, V. M. Feminização do envelhecimento: um fenômeno multifacetado muito além dos números. **Revista de Administração de Empresas**, v. 61, 5 mar. 2021. Disponível em: <<http://www.scielo.br/j/rae/a/9GTWvFfzYFHzHKyBhqGPC4j/?lang=pt>>. Acesso em: 12 out. 2023.

CORDEIRO, P. R.; MENDES, R.; LIBERMAN, F. Educação Permanente em Saúde: experiências inovadoras em saúde mental na Atenção Básica à Saúde. **Saúde em Debate**, [s. l.], v. 44, p. 210–222, 2021. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/JFmxbNtYhH7fQBzgyDrmFfN/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 02 jan. 2024.

CORREIA, M. L. et al. Depressão em idosos de uma região rural do Sul do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 2083–2092, 3 jun. 2020.

COSTA, N. R. C. D. et al. Política de saúde do idoso: percepção dos profissionais sobre sua implementação na atenção básica. **Revista de Pesquisa em Saúde**, v. 16, n. 2, p. 95-101, 2015. Disponível em: <http://www.periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/revistahuufma/article/view/4239> >. Acesso em: 12 out. 2022.

COSTAR, D. M.; HALL, K. K. Improving team performance and patient safety on the job through team training and performance support tools: a systematic review. **Journal of Patient Safety**, v. 16, n. 3, p. 48-56, 2020.

CUNHA, K. C. S. et al. Promoção da segurança do paciente: vivência dos enfermeiros atuantes na Atenção Primária à Saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 34, p. e34100, 2024.

DAMASCENO, V. C.; SOUSA, F. S. P. Atenção à saúde mental do idoso: a percepção do enfermeiro. **Revista de Enfermagem da UFPE**, v. 12, n. 10, p. 2710-2716, 2020.

DIAS, S. M.; CARRIJO, M. V. N. Perfil socioprofissional de enfermeiros atuantes na Estratégia de Saúde da FamFARIA, D. L. dos S. et al. Educação Permanente em Saúde: narrativa dos trabalhadores de Saúde Mental de Betim/Minas Gerais. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 31, p. e310202, 2021.

ília no interior de Mato Grosso. **Revista de Enfermagem da UFJF**, [s. l.], v. 10, n. 1, 2024. Disponível em: <https://periodicos.ufff.br/index.php/enfermagem/article/view/43308>. Acesso em: 30 dez. 2024.

DÍEZ-HERRERO, A.; GARROTE, J. Flood Risk Analysis and Assessment, Applications and Uncertainties: A Bibliometric Review. **Water**, v. 12, n. 7, p. 2050, jul. 2020.

FARIA, D. L. dos S. et al. Educação Permanente em Saúde: narrativa dos trabalhadores de Saúde Mental de Betim/Minas Gerais. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 31, p. e310202, 2021.

FERREIRA, L. S. et al. Acesso à Atenção Primária à Saúde por idosos residentes em zona rural no Sul do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 54, p. 149, 12 dez. 2020. DOI: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054002316>.

FREIRE, P. **Pedagogia da Tolerância**. São Paulo, Editora Unesp, 2005.

FREIRE, P. **Pedagogia do Oprimido**. 65. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2019.

FREITAS, L. C. Uma revisão sistemática de estudos experimentais sobre Treinamento de Habilidades Sociais. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**, v. 15, n. 2, p. 75–88, 20 ago. 2013.

GARATE, L. A. C. et al. Métodos de Diagnóstico da Depressão em Idosos: Desafios e Abordagens Psiquiátricas. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, [s. l.], v. 6, n. 6, p. 1412–1432, 2024.

GIORDANI, B. M.; CINELLI, M. J.; NICKEL, E. M. Envelhecimento e trabalho: as mudanças em favor da força de trabalho idosa. **Administração de Empresas em Revista**, v. 1, n. 19, p. 351–365, 14 jul. 2020.

GONCALVES, A. M. C. et al. Prevalência de depressão e fatores associados em mulheres atendidas pela Estratégia de Saúde da Família. **J. bras. psiquiatr.** Rio de Janeiro, v. 67, n. 2, p. 101-109, Junho, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S004720852018000200101&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 out. 2022.

HAIR, J. Multivariate Data Analysis. **Faculty Publications**, 23 fev. 2009. Disponível em: <<https://digitalcommons.kennesaw.edu/facpubs/2925>>. Acesso em: 13 out. 2022.

HAN, B. C. **Sociedade do cansaço**. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2017.

JARDIM, V. C. F. da S.; MEDEIROS, B. F. de; BRITO, A. M. de. UM OLHAR SOBRE O PROCESSO DO ENVELHECIMENTO: a percepção de idosos sobre a velhice. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 9, p. 25–34, 24 out. 2019.

KOERICH, C.; ERDMANN, A. L.; LANZONI, G. M. M. Professional interaction in management of the triad: permanent education in health, patient safety and quality. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 28, p. e3379, 2020.

LIMA-COSTA, M. F. Envelhecimento e saúde coletiva: Estudo Longitudinal da Saúde dos Idosos Brasileiros (ELSI-Brasil). **Rev. Saúde Pública**, v. 52, n. Supl 2, 28 set. 2018.

LIMA, T. M. et al. Intervenções de enfermagem em idosos depressivos: uma revisão da literatura. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v.7, n.2, p. 11870-883, 2021. Disponível em: <<https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/24100/19292>>. Acesso em: 12 jul. 2023.

MANCHANA, V. Interpersonal relationships, subjective health, psychological well-being, and quality of life among older adults in south India: Evidence from a population-based study. **Journal of Education and Health Promotion**, v. 12, n. 1, p. 150, 2023. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10317251/>

MARCELINO, E. M. et al. Associação de fatores de risco nos transtornos mentais comuns em idosos: uma revisão integrativa. **Braz J of Develop.**, v. 6, n. 4, p. 22270-22283, 2020.

MARINHO, C. L. A. et al. Necessidades humanas básicas de pessoas em hemodiálise sob à luz da teoria de Wanda Horta. **Ciênc. cuid. saúde**, [s. l.], p. e47832–e47832, 2020.

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

NASCIMENTO, P. P. P. do. et al. Fragilidade, depressão e mortalidade em uma coorte de pessoas idosas residentes na comunidade. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 25, 29 jun. 2022. Disponível em: <<http://www.scielo.br/j/rbagg/a/R6Kmg3wcTvVkrRTBMQvQf9YL/?lang=pt>>. Acesso em: 03 out. 2022.

NOGUEIRA, I. S. et al. Planejamento local de saúde: atenção ao idoso versus Educação Permanente em Saúde. **Acta Paul Enferm**, v. 31, n. 5, p. 550-57, 2018. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/ape/a/JbPNs6vb5YbHHcFCnYVZtSm/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 03 out. 2022.

OLIVEIRA, R. A. et al. Aging Population and Mental Health Vulnerability during COVID-19 in South America: Envelhecimento Populacional e Saúde Mental Vulnerabilidade Durante a COVID-19 Na América Do Sul. **STUDIES IN HEALTH SCIENCES**, v. 3, n. 1, p. 510–543, 17 mar. 2022.

OLIVEIRA, A. G. de; CAMARGO, C. C. de. Hanseníase: conhecimentos teóricos e práticos de profissionais de enfermagem que atuam na atenção básica. **Rev. Salusvita (Online)**, [s. l.], p. 979–996, 2020.

OLIVEIRA, R. M. de et al. Educação em saúde para enfrentamento dos impactos da pandemia na saúde mental da equipe de enfermagem. **Expressa Extensão**, [s. l.], v. 27, n. 1, p. 31–46, 2022.

OLIVEIRA, V. P. C. D. et al. Atuação da Enfermagem na assistência à saúde da pessoa idosa. **Revista Saúde UNIFAN**, Bahia, v. 2, n. 1, p. 27-34, ago./2022.

Organização Mundial da Saúde (OMS). **OMS divulga metas para 2019; desafios impactam a vida de idosos**. 2019. Disponível em: <<https://sbgg.org.br/oms-divulga-metas-para-2019-desafios-impactam-a-vida-de-idosos/#:~:text=Hoje%2C%20este%20n%C3%BAmero%20ultrapassa%20os,possui%20mais%20de%2065%20anos>>. Acesso em: 10 set. 2022

Organização Mundial de Saúde (OMS). **Dia Mundial da Saúde Mental 2021**. Genebra: OMS, 2021. Disponível em: <<https://www.afro.who.int/pt/regional-director/speeches-messages/dia-mundial-da-saude-mental-2021>>. Acesso em: 10 set. 2022.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Depressão**. Escritório Regional para as Américas da Organização Mundial da Saúde. 2020. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/depressao>. Acesso em: 10 fev. 2024.

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

PEREIRA, B. R. D. S. et al. Nursing practice facing depression in the elderly population. **Revista Enfermagem Digital Cuidado e Promoção da Saúde**, v. 4, n. 1, p. 51–56, 2019. DOI: 10.5935/2446-5682.20190010.

PLACIDELI, N.; BOCCHI, S. Modelos de atenção integral para idosos no mundo: revisão da literatura. **Physis**, v. 31, n. 3, p. e310326, 2021. doi: 10.1590/S0103-73312021310326.

PRADO, A. P.; CARDOSO, C. L. Práticas grupais de promoção e prevenção em saúde mental: revisão da literatura. **Argumento de Psicologia**, v. 40, n. 110, 2022.

QUEIROZ, M. G. et al. Envelhecimento saudável prejudicado pela obesidade: uma revisão integrativa / Healthy aging harmed by obesity: an integrative review. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 3, n. 2, p. 2309–2316, 25 mar. 2020.

RAMIREZ, M. A. R.; MARTINS, L. S. A importância do enfermeiro na prevenção do câncer de mama - revisão de literatura. **Arq. ciências saúde UNIPAR**, [s. l.], p. 2877–2890, 2023.

RAMOS, F. P. et al. Fatores associados à depressão em idoso. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**. n. 19, 9 jan. 2019. Disponível em: <<https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/239>>. Acesso em: 3 out. 2022.

RAMOS, C et al. Envelhecer na perspectiva psicológica e social: Promoção da saúde, qualidade de vida e estimulação cognitiva no idoso. Olhares sobre o envelhecimento. **Estudos interdisciplinares**, vol. I, 2021. Disponível em: <https://digituma.uma.pt/handle/10400.13/3533>

REZIO, L. de A.; CONCIANI, M. E.; QUEIROZ, M. A. O processo de facilitação de Educação Permanente em Saúde para formação em saúde mental na Atenção Primária à Saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [s. l.], v. 24, p. e200113, 2020.

RIOS, A. de S.; CARVALHO, L. C. de. Educação permanente em saúde mental: percepção da equipe de enfermagem. **Rev. enferm. UFPE on line**, [s. l.], p. [1-23], 2021.

RIZZOLLI, D.; SURDI, A. C. Percepção dos idosos sobre grupos de terceira idade. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 13, p. 225–233, ago. 2010.

SAMPERI, R. H.; COLLADO, C. F.; LUCIO, M. P. B. **Metodologia de Pesquisa**, São Paulo: Ed. McGraw Hill, 2006.

SANTOS, P. A. dos. et al. A percepção do idoso sobre a comunicação no processo de envelhecimento. **Audiology - Communication Research**, v. 24, 6 jun. 2019. Disponível em: <<http://www.scielo.br/j/acr/a/WkNqN959jCrJkP8yPntdT5k/?lang=pt>>. Acesso em: 11 out. 2022.

SANTOS, S. S. C. et al. Pesquisa-Ação na elaboração de Manual de Normas, **Rotinas e Técnicas de enfermagem**. 2011. Disponível em: <<http://127.0.0.1:8080/handle/1/1135>>. Acesso em: 12 out. 2022.

SANTOS, Z. C. dos. Depressão: conhecimento de idosos atendidos em unidades de saúde da família no município de Limoeiro – PE. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 18, n. 1, p. 82–93, 2014.

SANTOS, T. S. et al. Eventos adversos na atenção primária à saúde. **Enfermagem em Foco**, v. 14, p. 1-6, 2023.

SEABRA C. A. M. et al. Health education as a strategy for the promotion of the health of the elderly: an integrative review. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, e190022, 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232019000400301&lng=en>. Acesso em: 12 out. 2022.

SILVA, E. N. dos S.; BARROS, J. S. M. de. Envelhecer na Periferia. História, conceitos e concepções sobre o processo de envelhecimento. **Revista Longevidade**, [s. l.], n. 0, 2021. Disponível em: <https://revistalongevidade.com.br/anteriores/index.php/revistaportal/article/view/875>. Acesso em: 2 jan. 2025.

SILVA, M. G. et al. Prevalência de depressão em idosos assistidos por uma Unidade Básica de Saúde (UBS) no interior de Minas Gerais. **CONTRIBUCIONES A LAS CIENCIAS SOCIALES**, [s. l.], v. 17, n. 4, p. e5600–e5600, 2024.

SILVA, L de L. T. et al. Segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde: percepção da equipe de enfermagem. **Escola Anna Nery**, v. 26, p. 1-8, 2022.

SILVA, J. S. **Depressão na terceira idade**: a contribuição do enfermeiro para a recuperação dos idosos depressivos na atenção básica. Núcleo do conhecimento. 2021.

SILVA, B. C. M. D. et al. Importância da identificação do diagnóstico de enfermagem ao paciente com depressão senil na atenção básica. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 2, p. e53510212770, 27 fev. 2021. DOI: 10.33448/rsd-v10i2.12770.

SOUZA, E. N. da C. de et al. Mapeamento de competências de enfermeiros da atenção primária de saúde na fronteira Brasil-Paraguai. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, [s. l.], v. 45, p. e20230098, 2024.

SOUZA JÚNIOR, E. V. de et al. Diagnósticos de enfermagem relacionados à sexualidade de idosos: Contribuições para a prática. **Enfermería Actual de Costa Rica**, [s. l.], n. 41, 2021. Disponível em: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1409-45682021000200009&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 2 jan. 2025.

SHETTY, P. Grey Matter: Ageing in Developing Countries. **The Lancet**, v. 379, n. 9823, p. 1285–1287, 7 abr. 2012.

SILVA, G. É. M. da. et al. O enfermeiro e a educação em saúde: um estudo bibliográfico. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 2, n. 2, p. 412–419, 14 ago. 2012.

SILVA, M. D. et al. Percepção dos Enfermeiros da Estratégia Saúde da Família na assistência prestada aos idosos com depressão. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 13, 2022. Disponível em: <<https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/download/34947/29535/390886>> . Acesso em: 18 out. 2022.

SOUZA, A. et al. Contribuições à saúde mental do idoso na atenção primária à saúde: Uma revisão integrativa. **New Trends in Qualitative Research**, [s. l.], n. 3, p. 39, 2020.

TASCA, R. et al. Recomendações para o fortalecimento da atenção primária à saúde no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Publica**, v. 44, p. 1-8, 2020.

TAVARES, A. M. L. et al. ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À SAÚDE MENTAL DO IDOSO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, [s. l.], v. 10, n. 12, p. 2890–2902, 2024.

TEIXEIRA, C. C. et al. Fatores relacionados à ocorrência de eventos adversos em pacientes idosos internados. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 32, 13 nov. 2018. Disponível em: <<https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/25772>>. Acesso em: 12 out. 2022.

THIOLLENT, M. **Metodologia da Pesquisa-ação**. 17^a. ed. São Paulo: Cortez, 2009, 132p

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

UBERABA. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2022-2025** / SMS Uberaba. 2021. Disponível em: <<http://www.uberaba.mg.gov.br/portal/acervo//saude/arquivos/2021/PAS/PMS%202022-2025%20aprovado%20pelo%20CMS.pdf>>. Acesso em 10 de out. 2022.

UBERABA. **Portal da Transparência**. 2024. Disponível em: <<https://prefeitura.uberaba.mg.gov.br/portalcidadao/#78c3e513dd43cb27d8a3e2f376196ffc656d7ea577b2c6fb3305230%C4%B7%C5%A6247239a29aa94150b595a9c5b8acd6f3d108be8cf2926af4f66b92f0a416fc524f4ea86a37edf1a6951abcfda913f61803f84a92c30906613e0f04abae374f521bc334d06b65d4429bfdee36f7ec0dfee41ac5983fcbce6a163cfd93364015dcfd83b10804465f4c78f3ebc88de8a7415e6af1b44d7c35f8b60b605eef44baff090b96f16d54b3cc84538a04e298815d594d8f812aa73bcb6f3f2cca86b2b5b5d5a379a652776ce2633f19fae104b1a2525bafd558b30a284ccab27da7854ebdcac99e1ff4ba98347a6ad207d569311d5b24604b713cd7918e79>>. Acesso em: 12 out. 2024.

VERAS, R. P.; OLIVEIRA, M. Envelhecer no Brasil: a construção de um modelo de cuidado. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 1929–1936, jun. 2018.

VIACAVA, F. et al. SUS: oferta, acesso e utilização de serviços de saúde nos últimos 30 anos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1751-1762, 2018.

VOLZ, P. M. et al. Incidência de depressão e fatores associados em idosos de Bagé, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, [s. l.], v. 39, n. 10, 2023. Disponível em: <https://cadernos.ensp.fiocruz.br/ojs/index.php/csp/article/view/8408>. Acesso em: 2 jan. 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (OMS). **The WHO special initiative for mental health (2019-2023)**: universal health coverage for mental health. WHO, 2019.

APÊNDICE A – AUTORIZAÇÃO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Ofício nº ____/2023

Uberaba, 13 de julho de 2023.

À Senhora Valdilene Rocha Costa Alves
Secretária Municipal de Saúde

Assunto: Autorização para desenvolvimento de projeto de pesquisa.

Senhora Secretária,

Solicitamos autorização para realização de projeto de pesquisa:

Instituição de ensino: Universidade Federal do Triângulo Mineiro.

Curso: Pós- Graduação Stricto Sensu em Atenção à Saúde – Doutorado.

Título: Educação permanente: Assistência dos enfermeiros da Atenção Primária à Saúde aos idosos com sintomas depressivos.

Local de realização: Unidades de Saúde do município.

Objetivo: Desenvolver e avaliar o efeito de uma educação permanente no atendimento dos enfermeiros da atenção primária aos idosos com sintomas depressivos.

Justificativa: A informação em saúde é a ferramenta principal na atenção primária em saúde, sendo essencial contribuir na inserção de ações tanto no planejamento quanto na execução do cuidado com a saúde mental do idoso. Por apresentar-se como um tema pouco explorado, se torna relevante o presente estudo, com o intuito de promover uma melhora do conhecimento de estratégias, servindo como futuras intervenções e metodologias a serem trabalhadas pelos profissionais de saúde, em específico pelos enfermeiros no atendimento aos idosos com sintomas depressivos.

Metodologia: Trata-se de um estudo de abordagem quali-quantitativa, que utiliza como estratégia metodológica a pesquisa-ação. O estudo será desenvolvido na rede de APS de uma cidade do interior de Minas Gerais. Na primeira fase da pesquisa, a fase exploratória, será realizado o diagnóstico da situação vivenciada pelos profissionais com relação aos seus atendimentos aos idosos com sintomas depressivos. Serão incluídos na pesquisa os enfermeiros que atuam na ESF e na rede de atenção primária à saúde, e excluídos da pesquisa aqueles que estiverem de férias, licença saúde ou afastados de suas atividades profissionais por qualquer outro motivo no período destinado a coleta de dados. Tendo como ponto inicial o diagnóstico da situação em relação ao atendimento aos idosos com sintomas depressivos, identificado na fase anterior, será realizada a elaboração do planejamento e implementação da educação permanente. A partir desses dados serão selecionados os conteúdos, os objetivos, as estratégias, os recursos pedagógicos e as formas de avaliação que serão utilizados. A avaliação da

educação permanente será realizada com os profissionais através da utilização de um questionário de percepção dos profissionais ao final da capacitação (Apêndice E), contendo duas questões discursivas. Posteriormente, após 30 e 120 dias da capacitação, serão aplicadas as Escalas de Impacto do Treinamento no Trabalho e Suporte à Transferência (Anexo A), desenvolvida e validada por Abbad (1999) e Abbad e Sallorenzo (2001), juntamente com um questionário de duas questões discursivas (Apêndice F) para avaliar de forma quantitativa e qualitativa os efeitos que a capacitação causou na assistência prestada pelos enfermeiros.

Essa autorização é indispensável para aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP). Conforme prevê a Resolução 466/12 CNS, a pesquisa somente será iniciada a partir dessa aprovação.

Atenciosamente,

Prof.^a Dra. Leiner Resende Rodrigues



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO

UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO - Uberaba-MG

Comitê de Ética em Pesquisa- CEP

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do Projeto: Educação permanente: Assistência dos enfermeiros da Atenção Primária à Saúde aos idosos com sintomas depressivos

TERMO DE ESCLARECIMENTO

Você está sendo convidado (a) a participar do estudo “Educação permanente: Assistência dos enfermeiros da Atenção Primária à Saúde aos idosos com sintomas depressivos”. Os avanços na área da pesquisa em saúde ocorrem através de estudos como este, por isso a sua participação é importante. O objetivo deste estudo é desenvolver e avaliar o efeito de uma educação permanente no atendimento dos enfermeiros da atenção primária aos idosos com sintomas depressivos. Não será feito nenhum procedimento que lhe traga qualquer desconforto ou risco à sua vida. Você poderá obter todas as informações que quiser e poderá não participar da pesquisa ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem prejuízo no seu atendimento. 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.

APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE, APÓS ESCLARECIMENTO

Título do Projeto: Educação permanente: Assistência dos enfermeiros da Atenção Primária à Saúde aos idosos com sintomas depressivos

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. 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 responsável legal

Identidade

Assinatura do pesquisador responsável

Assinatura do Orientador

Telefone de contato dos pesquisadores:

Me. Michael Douglas Silva: (34) 99111-1352

Profª Dra. Leiner Resende Rodrigues: (34) 99975-7708

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

APÊNDICE D – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Data: _____ Local de trabalho: _____

A – Dados sociodemográficos

1. Sexo:

1.1 () Feminino 1.2 () Masculino

2. Idade (anos completos): _____

3. Tempo de formação (anos completos): _____

4. Tempo de atuação na atenção primária (anos completos): _____

5. Possui alguma especialização/formação específica em saúde do idoso?

5.1 () Sim 5.2 () Não Se sim,

qual? _____

B – Aspectos relacionados à educação permanente voltada para a saúde mental do idoso

6. É oferecida educação permanente pela secretaria municipal de saúde voltada para o atendimento aos idosos com sintomas depressivos?

6.1 () Sim 6.2 () Não Se sim, com qual frequência?

7. Você participa das capacitações oferecidas pela secretaria municipal de saúde voltadas para a assistência aos idosos com sintomas depressivos (se houver)?

7.1 () Sim 7.2 () Não 7.3 () Às vezes

C – Questões relativas à assistência aos idosos com sintomas depressivos

8. Como você aborda/atende/assiste um idoso com sintomas depressivos?

9. Você se sente habilitado/capacitado/preparado para assistir ao idoso com sintomas depressivos? Justifique sua resposta.

10. Você possui alguma fragilidade/dificuldade ao prestar assistência ao idoso com sintomas depressivos? Se sim, cite-as.

11. Quais temas você considera importantes para serem abordados em uma educação permanente voltada para o atendimento do enfermeiro ao idoso com sintomas depressivos na APS?

APÊNDICE E – QUESTIONÁRIO DE PERCEPÇÃO DOS ENFERMEIROS

1. Esta atividade apresentou novos conhecimentos importantes, para você, em saúde?

2. Como você classifica o seu preparo para atender/assistir aos idosos com sintomas depressivos após participar dessas atividades?

APÊNDICE F – QUESTIONÁRIO APÓS A EDUCAÇÃO PERMANENTE

1. Você considera que essa capacitação modificou as suas ações relacionadas ao atendimento/assistência ao idoso com sintomas depressivos? Se sim, como?

2. Existe algo que você aprendeu na capacitação e, até esse momento, utilizou no seu trabalho? Se sim, descreva.

**ANEXO A – ESCALAS DE IMPACTO DO TREINAMENTO NO TRABALHO E
SUPORTE À TRANSFERÊNCIA**

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!

A seguir serão apresentadas afirmativas a respeito da capacitação. Suas respostas individuais serão confidenciais, tratadas de forma agrupada, exclusivamente pelo pesquisador. 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 da influência exercida pelo curso de capacitação 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.					